POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Maj — ROCZNIK CZWARTY — 1902.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Patologia syderozy gałki.

Podał

DR ADAM BEDNARSKI

ze Lwowa.

Badania doświadczalne nad syderozą gałki robili już Leber, Hippel i inni. Leber badał głównie zmiany zapalne, wywołane chemicznem działaniem żelaza, i dał nam obraz całkowity tychże, nierozstrzygniętem pozostawił jednak pochodzenie komórek dużych, okrągłych lub wielobocznych, zawierających składniki siatkówki (pręciki), a później i liczne ziarenka brunatne, dające odczyn na żelazo, występujących najpierw tuż koło komórek przybłonka siatkówkowego, a później na miejscu zanikłej siatkówki, a nawet w ciele szklistem. Według Lebera (16) rozchodziłoby się tutaj o podwójne pochodzenie tychże komórek, odgrywających rolę fagocytów, t. j. z leukocytów i z komórek przybłonka siatkówkowego, które to przypuszczenie, jako złożone, wymagałoby dalszego potwierdzenia. Leber robił swe doświadczenia na królikach białych.

Hippel (10) uwzględniał w doświadczeniach swoich gło-

wnie umiejscowienie żelaza. osadzającego się w komórkach, i znalazł, że komórki przybłonka siatkówkowego mają szczególniejszą zdolność do wiązania i osadzania żelaza w swej protoplazmie, komórki zaś wyżej opisane, dla Lebera wątpliwe ze względu na swe pochodzenie, uważa Hippel za przerosłe komórki przybłonka siatkówkowego, opierając swe twierdzenie głównie na tem (a robił swe doświadczenia na królikach szarych), że znajdywał w owych komórkach znamienne laseczki fuscyny przybłonka siatkówkowego.

Nigdzie jednakowoż nie widział Hippel karyokinezy jąder przybłonka siatkówkowego, co jedynie ściśle i pewnie mogłoby rzecz rozstrzygnąć.

W moich badaniach rozchodziło mi się w pierwszym rzędzie o stwierdzenie, o ile zmiany syderotyczne mogą być, że się tak wyrażę, objawem pośmiertnym, t. j. o ile powstawać mogą w gałkach enukleowanych skutkiem dalszego rozpuszczania i osadzania się w tkaninach żelaza w płynie utrwalającym.

Na sprawę tę nie zwrócono dotychczas uwagi, jedynie Hippel wspomina, że nie przypuszcza, aby w gałce, która już leży w płynie utrwalającym, mogło przychodzić do dalszego rozpuszczania i osadzania się żelaza. Na możliwość tę naprowadziło mię badanie anatomiczne przypadku klinicznego, który poniżej jako Przyp. I. opisuję, a celem rozstrzygnięcia tej sprawy zrobiłem pięć doświadczeń, które jako następne pozwalam sobie przytoczyć.

W drugiej części mojej pracy rozchodziło mi się o pochodzenie i bliższe szczegóły, tyczące się postaci przejściowych wspomnianych wyżej komórek dużych, i w tym celu wykonałem doświadczenia na dwóch gałkach królików szarych i trzech gałkach królików białych. Ponieważ badania te dotyczą istoty syderozy pod względem chemicznym, jakoteż zmian histologicznych, zachodzących przy syderozie, dlatego, nim przystąpię do opisu doświadczeń, pozwolę sobie przedstawić dzisiejszy stan nauki o syderozie gałki, poprzedzając rzecz kilku słowy o żelazie wogóle.

Należy odróżnić żelazo chemicznie czyste, pierwiastek Fe,

metal, który w praktyce nie ma zastosowania, od żelaza, mającego zastosowanie w praktyce, które właściwie nie jest metalem, tylko stopem, aliażem z żelaza metalu z węglem i często z krzemem, fosforem, siarką i manganem. Rozróżniamy trzy gatunki żelaza w praktyce używanego: 1. żelazo surowe, 2. stal, 3. żelazo kowalne. Pierwsze zawiera najwięcej węgla, bo 2·5—2·9%, żelazo zaś kowalne najmniej (0·1—0·5%)[1]. W powietrzu wilgotnem żelazo rdzewieje, to znaczy zamienia się od powierzchni na wodorotlenek żelazowy $Fe(OH)_3$ (Eisenoxydhydrat). Przy ogrzewaniu żelaza w powietrzu pokrywa się powierzchnia jego warstwą tlenku żelaza Fe_2O_4 (Eisenoxydoxydul).

Przy syderozie mamy do czynienia tylko ze żelazem, używanem w praktyce, czyli inaczej zwanem żelazem technicznem (rozróżnienie rodzaju znaczenia praktycznego nie ma), obok tego może się dostać do gałki rdza lub zędra. Zędra (Hammerschlag) składa się[2]) ze 6ciu części tlenku żelazawego FeO (Eisenoxydul) i 1nej części tlenku żelazowego Fe_2O_3 (Eisenoxyd) i ma dwie warstwy: wewnętrzną z mniejszą ilością (32—37%) i zewnętrzną z większą ilością (53%) tlenku żelazowego.

Pod względem działania chemicznego na tkanki żelazo techniczne i tlenek żelazawy zachowują się inaczej, aniżeli tlenek żelazowy, pierwsze wywołują silne działanie chemiczne, tlenek zaś żelazowy jest chemicznie prawie obojętny (Leber, Gruber). Że tlenek żelazowy jest chemicznie prawie obojętny, wykazał to Leber doświadczalnie na królikach[3]). Leber, wstrzykując rdzę do ciała szklistego królika, nie otrzymał objawów, jakie występują ze strony ciała szklistego i siatkówki przy działaniu żelaza metalicznego (technicznego), lecz tylko wolno występujący zanik siatkówki, podobnie, jak przy wprowadzeniu do gałki złota, które w praktyce możemy uważać za chemicznie obojętne. To samo dla rogówki stwierdził później Gruber (6) doświadczalnie na kotach. Pierścień rdzawy, który

[1]) Wedle E. Bandrowskiego: Wykład chemii ogólnej.
[2]) Gruber: Ueber Rostablagerung in der Hornhaut, str. 160.
[3]) Leber: Entzündung, str. 242.

pozostaje w rogówce po wyjęciu ciał obcych żelaznych, jako składający się z wodorotlenku żelazowego, jest chemicznie obojętny i nieszkodliwy.

Sprawę chemiczną, jaka zachodzi od chwili, skoro kawałek żelaza dostanie się do wnętrza gałki ocznej aż do osadzenia się żelaza w postaci nierozpuszczalnej w tkankach, określił Leber na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Londynie w r. 1881. Prace swe doświadczalne (14, 15) nad wpływem chemicznym żelaza na gałkę, ogłaszane w Archiwie oftalmologicznym Graefe'go, zebrał Leber w obszernem dziele p. t. »Die Entstehung der Entzündung und die Wirkung der Entzündungserregenden Schädlichkeiten nach vorzugsweise am Auge angestellten Untersuchungen«. Leipzig. 1891.

Według Lebera, jeżeli aseptyczny kawałek żelaza lub stali dostanie się do wnętrza gałki, natenczas skutkiem działania kwasu węglowego tkanek przychodzi do wytworzenia się rozpuszczalnego dwuwęglanu żelazawego (dwuwęglan żelaza, czyli żelazisty, doppeltkohlensaures Eisenoxydul), który na mocy dyfuzyi rozprzestrzenia się, a następnie, ulegając dalszemu utlenieniu, strąca się, jako nierozpuszczalny wodorotlenek żelazowy (wodzian tlenniku żelaza, Eisenoxydhydrat). To strącanie się żelaza na wodorotlenek żelazowy odbywa się prawdopodobnie poza komórkami, a dopiero następowo cząstki, już to żelaza metalicznego, już to tlenku żelaza (Eisenoxyd), już to oba razem, zostają przyjęte przez komórki. Czy utlenianie to w komórkach samych dalej postępuje, trudno dociec; przeciw temu zdaje się przemawiać to, że Leber znajdował komórki, które zawierały tylko cząsteczki żelaza metalicznego bez tlenku żelaza [1]). Rozpuszczalny dwuwęglan żelazawy, przenikający tkanki, może również wejść w połączenie z białkiem, zawartem w tychże, a sądząc z barwy brunatnej, przychodzi tutaj również do utlenienia na wodorotlenek żelazowy [2]).

Oprócz przytoczonej powyżej sprawy, wedle Grubera [3]),

[1]) Leber: Entzündung, str. 223, 226, 233.

[2]) Leber: Entzündung, str. 235.

[3]) Gruber: Ueber Rostablagerung in der Hornhaut, str. 156, 157.

»może metaliczne żelazo w tych samych warunkach rozpuszczalności podlegać utlenieniu na tlenek również i na następującej drodze: 1. w wodzie, mianowicie zawierającej małe ilości powietrza, rozpuszczone jako tlenek żelazawy (Fe O), bywa przez dalszy przypływ powietrza strącone jako tlenek żelazowy ($Fe_2 O_3$). Należy przytem wziąć pod uwagę nadzwyczaj małą bezpośrednią rozpuszczalność tlenku żelazawego (1:150.000)[1]).

2. W razie obecności kwaśnych fosforanów może się tworzyć połączenie żelazawe kwasu fosforowego, które pod wpływem tlenu zamienia się w wodorotlenek żelazowy.

W wypadkach tych rozchodzi się, podobnie, jak przy rozpuszczaniu się żelaza jako kwaśny węglan żelazawy (saures kohlensaures Eisenoxydul), o nieorganiczny związek żelaza.

Może jednak nastąpić także 3. rozpuszczenie się żelaza w organicznej postaci, jako białkan (albuminat), lub też w połączeniu z kwasem organicznym, przez co również i tlenek żelazowy przejść może do rozczynu, coby zresztą nie było możliwem w żaden inny sposób«.

Tej trzeciej możliwości, podniesionej przez Grubera, odpowiada tłómaczenie Sattlera, znalazła więc ona niejako zastosowanie w praktyce.

Wedle Sattlera (19) żelazo rozpuszcza się w soczewce nie tylko, jak Leber przyjmuje, jako dwuwęglan żelazawy z następowem utlenieniem się na wodorotlenek żelaza, ale tutaj zdaje się tworzyć, przy dostatecznej obecności absorbowanego tlenu (O), wprost tlenek żelazowy $Fe_2 O_3$, który przy obecności istot organicznych (globulinów) pozostaje również w alkalicznem środowisku rozpuszczalnym i zdolnym do dyfuzyi. Część $Fe_2 O_3$, będącego w dyfuzyi, wchodzi z białkiem w połączenie nierozpuszczalne.

Samelsohn (18) i Ausin (1) tłómaczyli sobie jeszcze w inny sposób rozprzestrzenianie się żelaza w soczewce.

Wedle Samelsohna drobne cząsteczki rdzy osadzają się na porach, przez które ciecz opuszcza torebkę soczewki,

---

[1]) Compt. rend. 41.509. Bineau.

ponieważ są za duże, aby przejść przez takowe. Tłómaczenie to zostało przez Hippla[1]) zbite, sądzę, dostatecznie.

Ausin zaś przypuszcza, że żelazo, skoro tylko zaczyna krążyć, przybiera postać białkanu tlenku żelazowego (Eisenoxydalbuminat) łatwo rozpuszczalnego, osadza się zaś jako trudno rozpuszczalny białkan tlenku żelazowego. Hippel[2]) zwalcza to przypuszczenie, wiele mu zarzucając.

Rozprzestrzenianie się żelaza w postaci organicznej w gałce zdaje się wogóle małe mieć znaczenie, również udział leukocytów jest przytem, jak zgodnie wszyscy autorowie stwierdzają, bardzo podrzędny.

Hipplowi nie wystarcza tłómaczenie Lebera i widzi się zniewolonym przyjąć właściwą zdolność pewnych grup komórek do zatrzymywania rozpuszczalnych połączeń żelaza i zamieniania ich na nierozpuszczalne. W grudkach brunatnych osadzonych w komórkach widzi on, równie jak Ausin, połączenie organiczne żelaza, a nie czysty tylko wodorotlenek żelazowy. Hippel krótko określa syderozę: »Przez syderozę należy rozumieć: osadzanie się w pewnych komórkach jakiegoś tlenku żelazowego z istotą organiczną związanego (Ueber Siderosis etc., str. 269)«.

Takie są zapatrywania autorów na rozprzestrzenianie się żelaza metalicznego w gałce. Obecnie przystępujemy do obrazu anatomicznego, wywołanego działaniem chemicznem żelaza metalicznego w gałce, czyli do obrazu anatomicznego t. zw. syderozy gałki. Nazwy »Siderosis bulbi« pierwszy, zdaje się, użył Bunge, on też pierwszy opisał kliniczny obraz tej sprawy (4), co do procesu zaś chemicznego, towarzyszącego rozprzestrzenianiu się żelaza w gałce, przyjął zapatrywania Lebera.

Tu musimy jednak zaznaczyć, że osadzanie się wodorotlenku żelazowego w komórkach może również nastąpić przy obecności krwotoków; żelazo to, pochodzące ze krwi, w ten sam sposób chemiczny również na drodze dyfuzyi rozszerza

---

[1]) Hippel: Ueber Siderosis etc., str. 247.

[2]) Ibid., str. 248.

się w gałce i osadza się w komórkach, nadając im zabarwienie brunatne, które jest niezależne od barwika pochodzącego od żelaza metalicznego[1]). Zabarwienie to brunatne pochodzi od ziarenek brunatnych barwika zawartego w komórkach.

Rosow[2]), a później Hippel[3]) stwierdzili u królików, że barwik ten różni się od barwika komórek barwikowych oka (fizyologicznych) tak, że tego ostatniego, występującego w postaci czarnobrunatnych, często nieco zagiętych, krótkich laseczek, nie można żadną miarą pomieszać z ziarenkami barwika, pochodzącego ze żelaza lub ze krwi.

Syderozę tę, pochodzącą ze krwi, zowiemy syderozą haematogenetyczną w odróżnieniu od ksenogenetycznej, to jest od żelaza metalicznego pochodzącej. Bliżej syderozą haematogenetyczną, jako nie wchodzącą w zakres niniejszej pracy. zajmować się nie będziemy, mówiąc o syderozie w pracy niniejszej, rozumiemy syderozę, pochodzącą od żelaza metalicznego.

Hippel[4]) rozróżnia syderozę bezpośrednią, t. j. tuż koło ciała obcego występującą, od pośredniej, gdzie wodorotlenek żelaza występuje w komórkach odległych, oddzielonych od ciała obcego przestrzenią wolną, t. j. komórkami nie zawierającemi żelaza. Czy przy syderozie bezpośredniej również przychodzi do połączenia wydzielonego wodorotlenku żelaza z istotami białkowatemi, sprawę tę Hippel pozostawia nierozstrzygniętą.

Wpływ chemiczny na gałkę ze stanowiska ogólnego objawia się przedewszystkiem wywołaniem zapalenia, które li tylko od działania chemicznego żelaza pochodzi, jak to wykazał doświadczalnie Leber, a następnie badania kliniczne i anatomiczne innych autorów potwierdziły. Zapalenie to może być mniejszego lub większego stopnia, czyste żelazo nie wywołuje jednak nigdy zapalenia ropnego. Żelazo stoi pod tym względem, podobnie jak ołów, w pośrodku między ciałami, które możemy uważać za chemicznie obojętne, jak złoto, srebro i szkło, a ciałami,

[1]) Hippel: Ueber Siderosis etc., str. 268.
[2]) Arch. Graefego. IX. 3., str. 63 i nast.
[3]) Hippel: Ueber Siderosis etc., str. 240.
[4]) Hippel: Ueber Siderosis etc., str. 252., 253.

silnie chemicznie drażniącemi, jak rtęć i miedź, przy których zapalenie może doprowadzić aż do ropienia. Oprócz zapalenia, syderoza daje powód do zwyrodnień, mianowicie siatkówki, o których będziemy mówili, omawiając obraz anatomiczny syderozy siatkówki. Co do obrazu anatomicznego szczegółowego, najznamienniejszym jest obraz soczewki syderotycznej, na niego najpierw zwrócono uwagę[1]), więc od niego chcę zacząć.

Soczewka.

Przy badaniu klinicznem rozwiniętej syderozy soczewki uderza nas wieniec brunatnordzawych złogów barwikowych, umiejscowionych jakby pod torebką soczewkową. Soczewka sama, zaćmiona w tych wypadkach, może nie mieć odcienia brunatnego, mimo, że przy późniejszem badaniu mikrochemicznem stwierdzimy rozległy odczyn na żelazo w zaćmionych masach soczewkowych (A. Bednarski [3]). Obraz wyżej opisany upoważnia nas do twierdzenia, że w gałce znajduje się ciało obce żelazne, przy krwotokach bowiem takiego obrazu nigdy nie stwierdzono. Ciało to obce żelazne znajdować się może w soczewce samej, albo poza nią w gałce, w obu wypadkach może przyjść bowiem do syderozy soczewki zaćmionej. Zaćmy, zawierające żelazo i w następstwie działania chemicznego tegoż żelazem przesiąkłe, zowiemy zaćmami żelaznemi (Eisenstaar). Według Sattlera (19) zaćmy takie znamionują się większą zbitością, dobrem utrzymaniem włókien soczewkowych i obecnością wakuoli. Wskutek tego Sattler radzi przy operacyach zaćm takich używać cięcia płatowego, mimo młodego wieku chorego (A. Bednarski[2]) w swoim przypadku zbitości tej nie stwierdził, prawda, że jeszcze nie cała zaćma była żelazem przesiąknięta, gdyż niektóre części nie dawały odczynu Perlsa.)

Przy badaniu anatomicznem widzimy, że wyżej opisany wieniec brunatny w soczewce powstaje wskutek ograniczonych wybujałości komórek przybłonka torebki, w których przychodzi do osadzania się brunatnych ziarenek wodorotlenku żelaza. Obok

---

[1]) Graefe: Graefe'go Arch. T. VI.

[2]) L. c.

tego znajdujemy drobne ziarenka brunatne, rozsiane na włóknach soczewkowych. W przypadkach zranienia torebki przez ciało żelazne, które przeszło przez soczewkę do ciała szklistego, może przyjść do zupełnego wessania się zaćmy (przyp. Hippla: Eberhard, Albrecht, przyp. Landmanna). Hippel tłómaczy to tem, że przybłonek torebki soczewkowej bardzo chciwie pochłania żelazo, w następstwie czego komórki jego ulegają nekrozie i nie spełniają swego zadania filtracyjnego. W jaki czas po wpadnięciu odłamka żelaza do ciała szklistego przychodzi do syderozy soczewki, jest to rzeczą względną, zależną od wielkości żelaza. Zwykle, jeżeli syderoza soczewki ma wystąpić, to występuje po paru miesiącach, częściej jednak nie przychodzi do wystąpienia wieńca rdzawego, mimo obecności żelaza w gałce. W moim przypadku (3), gdzie przy obecności żelaza w ciele szklistem wydobyto zaćmę syderotyczną wraz z torebką, na której był wieniec rdzawy, już w 4tym dniu powstał świeży wieniec rdzawy na pęczniejących resztkach zaćmy. Ciała obce żelazne w soczewce mogą bez szkody, ze względu na swe działanie chemiczne ogólne na gałkę, pozostawać, zaćmienie soczewki przytem pochodzi od zranienia torebki, a nie od działania chemicznego żelaza [1]). Jakie są zapatrywania autorów na proces chemiczny przy syderozie soczewki, we wstępie już wyłuszczyłem. Syderozę soczewki opisali Bunge, Hirschberg, Graefe, Leber, Samelsohn, Landmann, Fuchs, Vossius, Hippel, Ausin, Sattler, Bednarski i in.

Rogówka.

Jeżeli kawałek żelaza dostanie się do rogówki, natenczas już po 5 minutach, jak to wykazał Gruber doświadczalnie, przychodzi do rozwijania się syderozy bezpośredniej, zaczyna się wytwarzać t. zw. pierścień rdzawy. Przy badaniu drobnowidowem rozwiniętej syderozy bezpośredniej rogówki stwierdził Gruber, że przybłonek rogówkowy zachowuje się odpornie względem wodorotlenku żelaza, natomiast istota międzyko-

---

[1]) Leber: Entzündung etc., str. 225.

mórkowa daje odczyn Perlsa. Miąższ rogówkowy zachowywał się różnie, raz komórki, drugi raz istota międzykomórkowa dawały wybitniejszy odczyn. Błona Descemeta przeważnie nie dawała odczynu.

Ciała obce żelazne, pozostające w rogówce, mają dążność do samoistnego wypierania się z rogówki, przyczem dookoła nich przychodzi do nagromadzenia się leukocytów i do rozmiękczenia tkanki. Wypadają zarówno na zewnątrz jakoteż i do przedniej komory, a objawy zapalne są przytem bardzo nieznaczne. Syderoza pośrednia rogówki należy do przypadków wyjątkowych, a z całą pewnością nie została jeszcze udowodnioną. Pierwszy Bunge (4) opisał dwa przypadki *siderosis corneae,* jeden klinicznie, a drugi anatomicznie. Przy badaniu anatomicznem znalazł Bunge ziarenka brunatne w ciałkach rogówki. Hippel zarzuca temu badaniu niedokładność, gdyż Bunge nie wspomina nic o unaczynieniu rogówki, które często znajdujemy przy ścisłem badaniu i które właśnie daje często powód do wynaczynień, a następowo do osadzania się grudek barwika brunatnego, ze krwi pochodzącego. Syderoza rogówki, wedle Hippla, nie jest rzeczą dowiedzioną, chociaż możliwości jej Hippel nie wyklucza. Później Hertel (9) ogłosił jeden przypadek, który właściwie jest jedynym, na podstawie którego syderozę pośrednią rogówki, pochodzącą od ciała obcego żelaznego w gałce, możnaby przyjąć. Przypadek ten był badanym anatomicznie, ściśle, naczyń w rogówce nie stwierdzono, a ziarenka brunatne usadowione były w komórkach miąższu rogówkowego, i to nie tylko na obwodzie, ale i w środku rogówki. Przy odczynie Perlsa wszystkie te grudki barwiły się na niebiesko.

Tęczówka i ciało rzęskowe.

Zabarwienie brunatne (zielonkawe, zielonawożółte, ciemnobrunatne, rdzawe) tęczówki może pochodzić tak dobrze od ciała obcego, znajdującego się w głębi gałki, jakoteż od krwotoków. Dlatego też zabarwienie to nie upoważnia nas przy badaniu klinicznem do rozpoznania ciała obcego żelaznego w głębi gałki. Z drugiej znów strony może być syderoza tęczówki stwierdzona

anatomicznie, chociaż klinicznie jej nie widzieliśmy [1]). Anatomicznie, według Hippla, szczególniej przybłonek ciała rzęskowego i tęczówki okazuje pewną szczególniejszą zdolność do wiązania żelaza.

Hertel i Bednarski (2) tego nie stwierdzili. Obok przybłonka również i komórki miąższu tęczówkowego zawierają grudki brunatne, przy odczynie Perlsa niebiesko się barwiące. Osadzanie się połączeń tlenku żelaza w tęczówce pochodzi wyłącznie od ciał obcych żelaznych, przy krwotokach bowiem nigdy tego nie znajdujemy [2]). Dlatego Hippel uważa syderozę tęczówki za dowiedzioną w znaczeniu anatomicznem.

W przypadkach dalej posuniętej syderozy przychodzi do zaniku mięśni tęczówki i ciała rzęskowego [3]). Klinicznie zanik mięśni tęczówkowych objawia się zupełną nieruchomością źrenicy [4]).

Ciało szkliste i siatkówka.

W ciele szklistem przychodzi naprzód do wytworzenia się szarego nalotu koło kawałka żelaza, który następnie zagęszcza się w naciek. Skutkiem następowego kurczenia się nacieku tego przychodzi do oderwania się siatkówki, nie zaś skutkiem nagromadzenia się cieczy pod siatkówką [5]). Leber spostrzegał u królików oderwanie siatkówki już w 2gim lub 3cim dniu po wprowadzeniu ciała obcego. Oderwanie to zaczynało się zwykle na brzegu włókien rdzennych. Według Lebera to oderwanie siatkówki, występujące już po kilku dniach, nie przychodzi do skutku z powodu ściągania się tkanki łącznej. znajdującej się dookoła ciała obcego, gdyż w tak krótkim czasie nie przychodzi jeszcze do wytworzenia się tejże, lecz oderwanie to siatkówki jest następstwem zmiany chemicznej

---

[1]) Hippel: Sider. bulbi etc., str. 174, 175.
[2]) Hippel: Sid. bulbi etc., str. 180.
[3]) Hertel: Arch. Graefe'go, 44, str. 296. Bednarski (2).
[4]) Przyp. Hippla: Eberhard. Arch. Graefe'go. T. 42., str. 152.
[5]) Leber: Entzündung, str. 228 i nast.

ciała szklistego, która prowadzi również do kurczenia się ciała szklistego.

Mianowicie dwuwęglan żelazawy łączy się z istotą białkowatą ciała szklistego i przychodzi skutkiem tego do wytworzenia się niteczek członkowanych i ziarenek zabarwienia brunatnego, które na pierwszy rzut oka dają wrażenie pleśni. W przypadkach klinicznych nie spotykamy tego rodzaju oderwania siatkówki występującego w kilku dniach, oderwanie zaś siatkówki występujące później należy uważać jako następowe, powstające skutkiem działania mechanicznego tkanki łącznej, znajdującej się w ciele szklistem, jak to już na początku wspomnieliśmy. Obok oderwania siatkówki klinicznie przy syderozie spotykamy zanik tejże. Klinicznie spostrzegany przypadek zaniku siatkówki opisał pierwszy Bunge, następnie Hirschberg[1]. Haab[2], Hützeler[3], Weidmann[4] i inni. Anatomiczne zaś zmiany zbadali i opisali Leber i Hippel, a następnie Hertel i inni. Uwagę klinicysty zwracają szczególnie zmiany wziernikowe w plamce żółtej, gdyż znacznie upośledzają wzrok i bardzo wcześnie występują. W jednym przypadku Haaba zmiany w plamce żółtej wystąpiły już po 20 godzinach, ciało obce żelazne tkwiło w siatkówce, bystrość wzroku spadła na $^1/_{10}$. Zmiany wystąpiły w postaci plamy okrągłej szarej, ściśle odgraniczonej. W drugim przypadku Haaba zmiany w postaci plam szarożółtych na przestrzeni kilku tarczy wystąpiły po ośmiu dniach — ciało obce leżało w ciele szklistem. Obrazów anatomicznych zmian w plamce żółtej nie ma. Zanik siatkówki występuje później, najwcześniej po paru miesiącach, ostatni zaś termin, w jakim po wpadnięciu ciała obcego żelaznego do ciała szklistego może przyjść jeszcze do zaniku lub oderwania siatkówki, nie jest nam wiadomym. Obraz anatomiczny zaniku siatkówki jest podobnym do obrazu ana-

---

[1]) Arch. Graefe'go. T. 36.

[2]) (8).

[3]) Deutschmann's Beitrage zur Augenheilk. XIII., 7.

[4]) Ueber die Verletzungen des Auges durch Fremdkorper. Inaugur. Diss. Zürich. 1888.

tomicznego zaniku barwikowego (retinitis pigmentosa). Leber[1]) już w 4tym dniu po wprowadzeniu kawałka żelaza do ciała szklistego otrzymywał u królików zanik wszystkich elementów siatkówki, leżących na zewnątrz od warstwy włókien nerwowych, a na ich miejscu duże komórki okrągłe lub wieloboczne, ułożone w postaci mozaiki, a zawierające resztki rozpadłej siatkówki a w szczególności pręciki. Obok tych komórek znajdował Leber komórki większe i więcej okrągłe, zawierające również pręciki. Przychodzi tu więc do zaniku siatkówki, a zanikłe pręciki i inne składniki siatkówki zostają pochłonięte przez komórki wyżej opisane. Czy komórki te, odgrywające rolę fagocytów, pochodzą z leukocytów, czy też z komórek przybłonka barwikowego siatkówki, czy też z pierwszych i drugich, Leber tego nie rozstrzyga. Hippel natomiast twierdzi, że mamy tu do czynienia tylko z komórkami przybłonka barwikowego siatkówki przerosłemi, które wywędrowały do siatkówki, jak to już we wstępie powiedzieliśmy.

W warstwie włókien nerwowych przychodzi przedewszystkiem do bujania tkanki podstawowej. Również i w naczyniówce znajdował Leber większą ilość jąder komórek stałych tkanki łącznej. Później i w warstwie włókien nerwowych siatkówki widzimy owe komórki duże okrągłe, które zrazu zawierały pręciki, później wypełnione ziarnami żółtobrunatnemi, dającemi częściowo odczyn na żelazo, a reszta siatkówki zastąpiona jest tkanką siateczkowatą z dużą ilością jąder i dużemi komórkami jądrzastemi, która to tkanka coraz więcej zaczyna bujać i przerastać w warstwę włókien nerwowych. Wedle Hippla szczególniej tkanka podstawowa i przybłonek siatkówki mają skłonność do wiązania żelaza. Zanik nerwu wzrokowego występuje następowo. (C. d. n.)

---

[1]) Entzündung, str. 236.

II. SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

Przypadek zwichnięcia powikłanego gruczołu łzowego.

Podał

A. KUROPATWIŃSKI,
lekarz ziemski.

Ogromna rzadkość wymienionego w tytule uszkodzenia jest powodem chęci podzielenia się z czytelnikami »Postępu Okulistycznego« spostrzeganym przeze mnie przypadkiem.

Dnia 18 marca st. st. 1902 roku do ambulatoryum przy szpitalu ziemskim w Siole Kargapolskiem zgłosiła się wieśniaczka, zamieszkała we wsi o 25 wiorst od szpitala położonej, z córką 11letnią, niejaką T. P., u której znalazłem: siniak na twarzy w okolicy lewego oczodołu, wzdłuż i poniżej zewnętrznej połowy lewej brwi pozioma rana o brzegach nieco obrzękłych, pokrytych zaschłym krwawym strupem; strup w paru miejscach wykruszył się i tu widzieć można równy, lekko zaczerwieniony brzeg rany; długość rany ze 2 centymetry; w zewnętrznej połowie rany pomiędzy jej brzegami tkwi wypuklona część tkanki, pokrytej strupem żółtoczerwonawej barwy; na pierwszy rzut oka przyjąłem ów tkwiący pomiędzy brzegami rany płatek za zmiażdżoną skórę lub tkankę podskórną. Z wywiadów okazało się, że chora 3 dni temu (15 marca) została uderzoną w biegu w okolicę lewego oka końcem hołobli sanek pędzących naprzeciw niej, poczem powstał silny krwotok i matka chorej zaraz zauważyła tkwiące pomiędzy brzegami rany »mięso«.

Poleciłem felczerowi ranę obmyć i przygotować nożyczki Cooper'a dla odcięcia wypadłej tkanki, by usunąć przeszkodę w gojeniu się rany. Jednakowoż po obmyciu rany przekonałem się, że tkwiąca pomiędzy brzegami tejże tkanka nie jest ani skórą, ani tkanką tłuszczową, ani też wypadłym przez ranę załamkiem przejściowym, tworzącym górne sklepienie spojówki; tkwiąca pomiędzy brzegami rany tkanka, po zdjęciu z niej strupka i rozsunięciu brzegów rany, okazała się lekko krwawiącem twardawem ciałem owalnej postaci, długości 1 ctm., szerokości i grubości po $^1/_2$ ctm., przyczepionem do nóżki w postaci tasiemki na $^1/_2$ ctm. szerokiej, wyraźnie oddzielającej się od otaczającej tkanki i idącej w głąb rany; przy pociąganiu

za ów przymocowany do nóżki twór tworzy się bruzda na zewnętrznej połowie górnej powieki, równoległa do brzegu powiekowego.

Nie ulegało wątpliwości, że mam przed sobą zwichnięty gruczoł łzowy. Toteż, zaniechawszy pierwotnego zamiaru wycięcia wypadłej tkanki, poprzestałem na obmyciu rozczynem sublimatu (1:1000) i odprowadzeniu zwichniętego organu na jego miejsce, co udało się dość łatwo, chociaż nie bez pewnego wysiłku i dopiero wtedy, kiedy kierunek ucisku z góry na dół zmieniłem do dołu i na zewnątrz; brzegi rany połączyłem jednym szwem z jedwabiu, do zewnętrznego kąta rany włożyłem sączek z gazy wyjałowionej. Opatrunek. Chorą pozostawiłem w szpitalu.

Przebieg gojenia się rany był pomyślny; ropienie było nieznaczne; ciepłota ciała przez cały czas pobytu chorej w szpitalu była prawidłowa; przez parę pierwszych dni chora uskarżała się na ból głowy, potem skarg żadnych nie było. Dn. 24 marca zdjęto szew, brzegi rany rozeszły się; do dn. 30 marca rana zagoiła się zupełnie; dn. 1 kwietnia chora w stanie zdrowia zupełnie zadawalniającym wypisała się ze szpitala; po uszkodzeniu w dniu wyjścia ze szpitala pozostała tylko czerwona twardawa blizna, na lewej górnej powiece na $^1/_4$ ctm. poniżej brwi $^1/_2$ ctm. długa; gruczołu łzowego przez skórę powieki nie wyczuwa się. Gałka oczna, pominąwszy niewielki podbieg krwawy pod spojówką, uszkodzeniu poważniejszemu nie uległa, ruchy jej prawidłowe, bystrość wzroku prawidłowa. — Zgrubienia kości w okolicy oczodołu, któreby wskazywało na pęknięcie kości, obmacywaniem wykazać nie było można.

Przeglądając dostępną mi literaturę przedmiotu, zaledwie w »Encyklopedyi« Eulenburga znalazłem wzmiankę o tem, iż przypadki wypadnięcia gruczołu łzowego przez ranę w okolicy brzegu oczodołu były opisane przez Graefe'go, przyczem uszkodzenie takie określone było nieco niestosownem mianem *hernia glandulae lacrymalis* [1]).

Prof. Fuchs w swym podręczniku okulistyki wcale o uszkodzeniach gruczołu łzowego nie wspomina.

Nie roszcząc pretensyi do dokładnego wyjaśnienia mechanizmu omawianego uszkodzenia, sądzę, iż należy przypuścić

---

[1]) T. XVIII, str. 373. Wyd. rosyjskie.

konieczność dla jego powstania silnego uderzenia w górnozewnętrzny brzeg oczodołu, które powinno wywołać chwilowe zgięcie oczodołowej części kości czołowej [1]), czego następstwem może być pęknięcie pochewki gruczołu łzowego [2]) i wypadnięcie tegoż przez powstałą szczelinę przy gwałtownem powstrzymaniu postępowego ruchu głowy. Odruchowe uniesienie brwi do góry i zamknięcie szpary powiekowej stanie się powodem umiejscowienia rany skórnej na powiece tuż niżej brwi.

Wszystkie te okoliczności musiały mieć miejsce w opisanym powyżej wypadku.

S. Skargapolskie, 22 kwietnia 1902.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

1. Archiv für Augenheilkunde. Tom XLV. Z. 1.

1. *Przyczynek kliniczny do poznania budowy tęczówki* (Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss der Structur der Iris.). Dr Wölfflin.

Autor badał w licznych przypadkach budowę tęczówki przy pomocy drobnowidu rogówkowego i spostrzegał, że makroskopijna budowa tęczówki nie jest wcale tak jednostajną, jak to powszechnie sądzą. A mianowicie zauważył on w 10% badanych przypadków, że granica pomiędzy jej warstwą tęczówkową a rzęskową nie stanowi tak zwany mały wieniec tętniczy (circulus art. minor), lecz, że brak jej zupełnie. Pochodzi to stąd, że przegródki (trabeculae), ciągnące się w kierunku brzegu rzęskowego, nie kończą się samoistnie, podobnie jak przegródki, ciągnące się do brzegu źrenicznego, lecz rozszerzają się i grubieją guzikowato, przyczem wystają nad powierzchnią tęczówki. Zgrubienia te są barwy białawej, znajdują się w pobliżu brzegu rzęskowego i dochodzą wielkości główki od szpilki. Są one po większej części obustronne, a ilość ich waha się pomiędzy dziesięcioma a dwudziestoma. Postać ich jest trójkątną,

---

[1]) Na wzór zgięcia, któremu ulega kula bilardowa, padająca z siłą na marmurową podstawę.

[2]) Pochewka ta przez niektórych autorów rozpatrywaną jest jako część okostnej.

a składają się one z kłębka białawych pasemek, ściśle ze sobą związanych. Najprawdopodobniej powstają one z zanikłych naczyń, chociaż nie jest też wykluczonem, że są pozostałościami przetrwałej błony źrenicznej. *Dr T. Bałłaban.*

II. *Odruchowe drżenie gałek ocznych* (Reflektorischer Nystagmus.). Dr Bär.

Autor opisuje 5 przypadków, w których drżenie gałek powstawało odruchowo przy schorzeniach spojówek lub rogówki. We wszystkich tych przypadkach wywoływały zmiany te wskutek obwodowego drażnienia nerwu współczulnego odruchowe kurcze w mięśniach nerwu okoruchowego, które po ich usunięciu znikały. Zajmującą była przytem ta okoliczność, że kurcze te nie tyczyły się tylko mięśni zewnętrznych oka, lecz zarazem i mięśni wewnętrznych, przyczem źrenica miarowo się kurczyła i rozszerzała.

Było przytem obojętnem, czy przyczyną drażnienia nerwu trójdzielnego był zwykły nieżyt spojówek, czy też obce jakieś ciało, umiejscowione we worku spojówkowym.

W przypadkach suchego nieżytu spojówek wystarczało odwinięcie powiek i zetknięcie się spojówek z powietrzem do wywołania drżenia gałek.

Ponieważ objaw ten występuje nie we wszystkich przypadkach chorób spojówek, a li tylko w niewielkiej ich ilości, więc jest autor zdania, że konieczną jest do tego pewna skłonność, a mianowicie osłabienie mięśni wskutek nadmiaru pracy w pobliżu, a wtedy może jakakolwiek szkodliwość, jak silne oświetlenie oka, przeciążenie oka pracą i t. p., wywołać drżenie gałek, i to właśnie w kierunku osłabionych mięśni. *Dr Bałłaban.*

III. *Wrodzone zboczenia rogówki i twardówki jakoteż i inne zboczenia dwóch gałek ocznych konia* (Angeborene Anomalie der Cornea und Sclera, sowie andere Missbildungen zweier Pferdebulbi.). Dr Salffner.

Na granicy rogówki i twardówki znajdywały się obustronnie na gałce ocznej nowo narodzonego konia nowotwory lekko nad powierzchnią wyniosłe, 3,3 cm. długie i 1 cm. szerokie. O ciemnem zabarwieniu, były one od spojówki odgraniczone czarną obwódką. Sciany gałek ocznych były w okolicy równika bardzo ścieńczałe, a w okolicy nerwu wzrokowego była twardówka bardzo znacznie wydętą.

Badanie drobnowidowe wykazało bardzo ścieńczałą rogówkę, gdyż powstała w niej tylko *substantia propria.* W jej nabłonku znajdował się liczny barwik. W tkance jej łącznej znajdowały

się liczne gruczoły, których przewody były wyłożone płaskim przybłonkiem, same zaś gruczoły składały się z różnorodnych przybłonków z wielkiemi jądrami.

Również i twardówka była ścieńczała, szczególnie w okolicy tarczy wzrokowej, po większej zaś części była ona chrząstkowato zwyrodniała i silnie unaczyniona. W okolicach naczyń była nagromadzona wielka ilość barwika.

W okolicy tarczy wzrokowej znajdowała się wrodzona szpara nerwu wzrokowego, 3 mm. głęboka i 6 mm. szeroka.

Naczyniówka, której budowa była prawidłowa, rozciągała się tylko do granic tej szpary, w samej zaś szparze brak był zupełny poszczególnych jej warstw. Ciało rzęskowe nie było dokładnie rozwinięte, tęczówka zaś przylegała szczelnie do rogówki. W miąższu jej znajdywały się bardzo liczne komórki barwikowe i naczynia.— Źrenica była wypełniona tkanką włókienkową z licznemi komórkami wrzecionowatemi, komórkami barwikowemi i naczyniami. Do tej tkanki przylegała przednia torebka soczewki. Na tylnej jej części znajdywała się bezpostaciowa warstwa łącznotkankowa.

Warstwy siatkówki dały się tylko miejscami wykazać, po większej zaś części był zupełny ich brak.

Tarcz wzrokowa była silnie wyżłobiona, tuż do niej zaś przylegająca twardówka była workowato wydęta. Sam nerw wzrokowy był prawidłowy w swej budowie, jakoteż i jego naczynia środkowe, a w miąższu jego przeciągały liczne nowo wytworzone naczynia.

Z przeprowadzonego badania skłania się autor uważać nowotwory te za skórzaki, przyczem zdaje się mu być najprawdopodobniejszem co do sposobu powstawania skórzaków zapatrywanie van Duyse'go, zdaniem którego mają one powstawać przez zrosty, powstałe pomiędzy błoną owodnią (amnion) a gałką płodu.

Bardzo zajmującem jest wykazanie przez autora chrząstki w gałce ocznej. Podobne przypadki, w których we wnętrzu gałki ocznej znachodzono chrząstki, są bardzo nieliczne. Powstaje ona w ten sposób, że naczynie okolone tkanką łączną przemienia się następowo w chrząstkę. W końcu swej pracy podaje autor różnorakie zapatrywania co do sposobu powstawania szpar ocznych. — Zmiany, znajdujące się w obu gałkach ocznych, tłómaczy zaś w ten sposób, że przez jakieś zaburzenia w życiu śródmacicznem powstał skórzak, którego następstwem było nieprawidłowe rozwinięcie się przednich części gałki ocznej, szczególnie ciała rzęskowego, a to spowodowało znowu przetrwałe zmiany w błonie naczyniowej i naczyniach środkowej blaszki zarodkowej. Zmiany te wywołały ostatecznie schorzenia w okolicy soczewki, a następnie stały się po-

wodem powstania szpary w naczyniówce i w nerwie wzrokowym. *Dr T. Bałaban.*

IV. *Przypadek tętniącej żyły naczyniówki* (Ein Fall von pulsirender Chorioidealvene.). Dr Thurner.

Jest powszechnie wiadomem, że w żyłach siatkówki pojawiające się tętnienie jest częstym fizyologicznym objawem. Natomiast tętnienie w tętnicach siatkówki jest już o wiele rzadszem i zdarza się bądź to wskutek miejscowych zaburzeń krążenia w samej gałce ocznej, bądź też bywa ono objawem ogólnego zaburzenia w krążeniu. Dotychczas nie spostrzegano jednak jeszcze nigdy tętnienia w naczyniach naczyniówki, a przypadek podobny opisuje autor.— Tyczył się on 20letniego mężczyzny, którego prawe oko było w wysokim stopniu krótkowzrocznem (— 14 D), na tylnym zaś jego biegunie znajdował się rozległy garbiak. W naczyniówce były umiejscowione rozległe ogniska zapalne, które dawały dostateczne wytłómaczenie istniejącego na tem oku wysokiego upośledzenia bystrości wzroku ($^1/_{100}$). Dno oka było w całej rozciągłości bardzo jasno zabarwione i to szczególnie w okolicy tarczy wzrokowej, gdzie też naczynia naczyniówki dokładnie się uwydatniały. W okolicy garbiaka tylnego przebiegała jedna mała żyła naczyniówki, która na górnym brzegu garbiaka spływała do żyły większej. Na żyle tej można było wykazać tętnienie, które pojawiało się równocześnie z tętnieniem tętnicy sprychowej, i to przy każdorazowem uderzeniu serca, przyczem brak było tego tętnienia na innych żyłach naczyniówki. Przy ucisku palcem na gałkę oczną można było wywołać tętnienie także i w żyłach siatkówki, równocześnie jednak stawało się tętnienie we wspomnianej żyle naczyniówki słabszem. Przy jeszcze bardziej wzmożonym ucisku ustawało tętnienie w tej żyle całkowicie, podczas, gdy tętnienie w żyłach siatkówki wzmagało się coraz bardziej. Autor sądzi, że przyczyną tego objawu są zmiany miejscowe w krążeniu, spowodowane przez tylny garbiak.

Dr T. Bałaban.

V. *O rzadkiem powikłaniu porażenia mięśnia prostego zewnętrznego oka ze ślepotą połowiczą, zarazem przyczynek do teoryi zaburzeń w rozpoznawaniu rozmiarów u chorych dotkniętych ślepotą połowiczą* (Ueber eine eigenartige Combination von Abducensparese und Hemianopsie, zugleich ein Beitrag zur Theorie einer Augenmasstörung bei Hemianopikern.). Dr Loeser.

Przy sprawach chorobowych u podstawy mózgu, w których ślepota połowicza bywa powikłaną porażeniem jakiegoś obwodowego mięśnia ocznego, występują te zaburzenia prawie zawsze po

różnych stronach, co się też łatwo tłómaczy już samem umiejscowieniem ogniska chorobowego.

Autor spostrzegał u 43letniej kobiety, która zachorowała wśród objawów mózgowych, wystąpienie lewostronnej połowiczej ślepoty i porażenie lewego prostego mięśnia zewnętrznego, a zatem oba te objawy po jednej stronie. Przytem była widoczna obustronnie rozpoczynająca się tarcz zastoinowa. Jako przyczynę ustalono w tym przypadku schorzenie prawego szlaku wzrokowego przez nowotwór umiejscowiony u podstawy.

Bardzo zajmującem było w tym przypadku, że chora, pomimo wyraźnego zeza zbieżnego oka lewego, spowodowanego porażeniem prostego mięśnia zewnętrznego, nie widziała nigdy podwójnie przy patrzeniu wprost, pomimo, że autor starał się je wywołać szkłami klinowemi sposobem Graefe'go.

Polemizując z wywodami Liepmanna i Kalmusa, którzy są zdania, że podobne zaburzenia w rozpoznawaniu pomiarów u ludzi dotkniętych ślepotą połowiczą są wynikiem mylnego połowienia linii poziomych, i to w ten sposób, że połowa linii, leżąca po stronie braku w polu widzenia, wydaje się im mniejszą, sądzi autor, na podstawie licznych w tym kierunku doświadczeń, że są one zależne li tylko od postaci pola widzenia. *Dr T. Bałłaban.*

VI. *O wśródgałkowych rzekomych nowotworach wieku dziecięcego* (Ueber intrabulbäre Pseudotumoren im Kindesalter.). Dr Stoewer.

Autor opisuje dwa przypadki, w których rozpoznano mylnie nowotwór.

W pierwszym przypadku wyjęto prawą gałkę oczną u $3^1/_2$-letniego dziecka, po poprzedniem rozpoznaniu glejaka.

Badanie drobnowidowe tego oka wykazało poza prawidłową soczewką oderwanie siatkówki, które w postaci stożkowatej wypustki wgłębiało się ku ciału szklistemu. Tkanka siatkówki była całkowicie zwyrodniałą i przesiąkłą stężałą brunatną masą. Nieliczne jej naczynia były zaczopowane podobnie, jak też i jej tętnica środkowa. Również oderwaną była naczyniówka, a miejsce pomiędzy nią a siatkówką było wypełnione wysiękiem i krwawemi wybroczynami. Nerw wzrokowy przedstawiał się jako wązki sznur i składał się z nieprawidłowo zbliznowaciałej tkanki.

Najciekawszem było to, że siatkówka i naczyniówka były oderwane od samej tarczy wzrokowej. Pozatem przedstawiał się cały obraz jako przewlekłe zapalenie ciała rzęskowego.

Autor przyjmuje, że sprawy zapalne spowodowały zmiany, znajdujące się w tej gałce, następnie zaś przez nieznany jakiś uraz

zostało następowo spowodowane oderwanie schorzałej siatkówki i naczyniówki od tarczy wzrokowej.

Sam uraz nie mógł dlatego być pierwotną przyczyną oderwania siatkówki od nerwu wzrokowego, gdyż przemawiały przeciwko temu wywiady, a uraz, powodujący tak znaczne zmiany zapalne, nie mógł być nie spostrzeżonym przez rodziców dziecka.

W drugim przypadku, gdzie u 2letniego dziecka okaleczała prawa gałka oczna przez uraz, zrobiono również mylne rozpoznanie wśródgałkowego nowotworu. Na przedniej torebce znajdywała się ograniczona zaćma, dno oka zaś przeświecało z oddali znamiennym odblaskiem, jak w przypadku pierwszym.

Drobnowidowe badanie wyjętej gałki ocznej wykazało całkowite oderwanie zwyrodniałej siatkówki, przyrosłej grubemi błonami do przesiąkłego naciekiem ciała szklistego. W naczyniówce, ciele rzęskowem i siatkówce znajdywały się liczne świeże i dawniejsze krwotoki różnej wielkości. Naczynia były zwyrodniałe, podobnie i nerw wzrokowy był zanikły.

Na zewnątrz od tarczy wzrokowej była oderwana siatkówka szczelnie zrośnięta ze sznurem łącznotkankowym, który, 3—4 mm. gruby, wychodził z silnie naciekłej naczyniówki. W pośrodku tego sznura znajdywała się chrząstka z okrągłemi i podłużnemi jądrami.

Autor jest zdania, że powodem zmian w tym przypadku były schorzenia i zwyrodnienia ścian naczyń i następowe krwotoki, powstałe przez pierwotny uraz.

W końcu swej pracy zastanawia się jeszcze autor nad możliwą przyczyną powstania chrząstki w opisanym powyżej sznurze.

Dr T. Bałłaban.

---

2. Centralblatt f. praktische Augenheilkunde.

I. *Przypadek radykalnego wyleczenia stożkowatej rogówki w drodze operacyjnej* (Ein Fall von radicaler Ausheilung des Keratoconus auf operativem Wege [Keratectomia]). Dr Noiszewski. (1902. Nr. 2.)

Patrz »Postęp Okulistyczny«. 1902. Nr 2. Str. 77.

Dr Gruder.

II. *Nieco o leczeniu ropnego zapalenia rogówki* (Beitrag zur Behandlung der Hypopyon-Keratitis.). Dr Edward Zirm z Ołomuńca. (1902. Nr 3.)

Dotychczasowe leczenie polega na zastosowaniu sublimatu, jodoformu, atropiny, opaski, termokaustyki lub operacyi Saemischa i t. p.

Autor zaś nigdy nie używa opaski, powodującej nagromadzenie

cieczy ropnej w worku spojówkowym; radzi używać siatki Fuchsa (Drahtgitter). Zamiast leżeć w łóżku po operacyi Saemischa, radzi autor swobodnie się poruszać i chodzić, aby zmiana odżywienia całego ciała mogła korzystnie i na odżywienie rogówki wpływać. Zamiast bolesnych i drażniących oko obmywań wacikami sublimatowymi, używa maści sublimatowej (0·01:50), następnie stosuje kseroform zapomocą rozpylacza, gdyż pędzlem dostaje się większa ilość na rogówkę i drażni ją. Przy septycznych wrzodach zastosowywał galwanokaustykę, i to tylko przy rozległych naciekach, i często doprowadzał umyślnie do perforacyi, przyczem hypopyon z komory wypływało, a cały stan znacznie się polepszał. Rzadko zaś tylko musiał się uciekać do operacyi Saemischa, powodującej prawie zawsze wrośnięcie tęczówki. Jeśli zaś hypopyon przedniej komory zmuszało go do operacyi Saemischa, to robił ją tylko zapomocą noża grotowego od dołu rogówki i zapomocą małego cięcia. Zabliźnienie odbywało się w takich razach bez wrośnięcia tęczówki. Prócz tego wszystkie zabiegi autora mają być mniej bolesne od dotychczasowych. Rzadkość wrośnięcia tęczówki zapobiega także późniejszemu powstawaniu jaskry następowej, tak częstej po operacyi sposobem Saemischa.

Zamiast wstrzykiwań podspojówkowych rozczynu 10% soli kuchennej zaleca autor zastosowanie dyoniny (w proszku), której działanie było nader korzystne, zwłaszcza przy skrofulicznych zapaleniach rogówki (scrophulöser und perniciöser Hornhaut Abscess), a to w wypadkach, gdzie atropina, skopolamina, protargol i lapis okazały się bezskutecznymi. *Dr Gruder.*

III. *Dwa przypadki pęcherzykowatego zapalenia rogówki po nadżerce rogówki* (Zwei Fälle von Keratitis bullosa nach vorausgegangener Erosio corneae). Dr Merz Weigandt, okulista z Gablonz. (1902. Nr 3.)

Autor opisuje dwa przypadki pęcherzyków na rogówce jako następstwo nadżarcia rogówki.

W pierwszym przypadku nadżarcie zostało wyleczone po kilku dniach, lecz już po tygodniu wystąpiły silne, regularnie rano powracające bóle, nie dające się żadnemi kroplami uśmierzyć. Gałka silnie nastrzyknięta, na dotyk bolesna, światłowstręt. Na rogówce w środku widać owalny, 6 mm. długi i 4 mm. szeroki, od dołu pęknięty pęcherzyk, od góry brzeg pęcherzyka lekko zmętniały. Pęcherzyk, cały przezroczysty, daje się łatwo zapomocą szczypczyków i nożyczek usunąć — przy poprzedniem znieczuleniu rogówki 3% kokainą. Brzegi całego pęcherzyka, a zwłaszcza górny, zmętniały, oczyszczono dokładnie z przybłonka, tak, że cały ubytek na rogó-

wce otoczony był stromemi krawędziami. Zastosowano atropinę, kokainę, dermatol i opaskę; po tygodniu cały ubytek był już wypełniony przybłonkiem. Bólów nie było żadnych aż do czasu, kiedy autor chorą po raz ostatni widział, to jest pięć tygodni po zdjęciu opaski.

Podobny był i drugi przypadek. Nadżarcie rogówki, powstałe wskutek zadraśnięcia liściem w lesie, zostaje wprawdzie usunięte, lecz po 3 tygodniach prawie każdego ranka występują bóle; stan ten trwał blisko rok, bez swoistego leczenia.

Rogówka cała prawie, z wyjątkiem 3 mm. szerokiej części obwodowej, pokryta kulistym pęcherzykiem, który po dotknięciu szczypczykami pęka. Resztki pęcherzyka usunięto i oczyszczono brzegi w podobny sposób, jak w pierwszym przypadku. Atropina, kokaina, opaska; po 10 dniach rogówkowy ubytek nakryty przybłonkiem. Bóle ustąpiły.

Schoeler widzi przyczynę tych powracających bólów w chemicznem zanieczyszczeniu rany przy urazie; wskutek szybkiego pokrycia się ubytku nowym przybłonkiem, cząstki mikroskopijne nie mogą być szybko wydzielone i zostają pod przybłonkiem. Przybłonek nie przylega więc do podstawy, a przy każdem drażniącem go poruszeniu powiek wywołuje bóle dotkliwe. Wskutek drażnienia silnego nagromadza się pod przybłonkiem ciecz, tworząc w ten sposób pęcherzyki na rogówce. Z tego powodu zaleca więc Schoeler czyszczenie rany wodą chlorową.

Autor uznaje wprawdzie teoryę Schoelera, wedle której chemiczne zanieczyszczenie wywołuje powyżej opisane następstwa, lecz zastosowuje ją tylko do niektórych przypadków, gdyż, zdaniem jego, drobne cząsteczki mogą być przez lymfę usunięte, a zresztą trudno przypuszczać, aby drobne cząsteczki przez długi czas (w 2gim przypadku autora blisko 13 miesięcy) mogły bez odczynu leżeć pod przybłonkiem.

Wnioskuje przeto autor tak: 1. Nadżarcia rogówki o brzegach ostrych i stromych tylko w nader rzadkich wypadkach wywołują nawrót z następstwami jego, gdyż w takich przypadkach przylega przybłonek zupełnie i prawidłowo do swej podstawy. Tego samego zdania są także Reuss i Schöler. 2. Nadżarcia o brzegach nieprawidłowych i wystrzępionych wywołują nawroty, gdyż zrośnięcie brzegów rany i przyleganie przybłonka do podstawy jest niedostateczne.

Trzeba więc dążyć do otrzymania ostrych i stromych brzegów w takich przypadkach; można to osiągnąć albo zapomocą nacierania wacikiem, w wodzie chlorowej lub sublimacie umaczanym, lub przy pomocy nożyczek i igły do ciał obcych, jak to autor w obu

przypadkach swoich uczynił, a zwłaszcza zaleca autor ostatnie postępowanie przy wielkich pęcherzykach na rogówce. —

Dr Gruder.

IV. *Przypadek urazowego wgłębienia gałki ocznej* (Ein Fall von traumatischen Enophthalmus.). Dr J. Bistis z Konstantynopola. (1902. Nr 3.)

Za urazowe wgłębienia oka uważa autor jedynie te przypadki *enophthalmus*, które powstały przez uraz na okolicę oka, n. p. przez uraz górnego brzegu oczodołu *(enophthalmus)*, wyklucza zaś te, które powstały przez bezpośredni uraz gałki ocznej, n. p. ostrem narzędziem lub rogiem krowy.

Daulnoy zestawił 40 przypadków z literatury prawdziwego wgłębienia gałki.

W przypadku autora chodzi o 58letniego chorego, który wskutek uderzenia ostrem narzędziem między innemi ranami otrzymał jednę na górnej krawędzi prawego oczodołu. Po dwóch dniach widać było w tem miejscu linijną, pionową, 1 cm. długą ranę, ograniczoną jedynie do skóry i mięśni, ze stanowczem wykluczeniem złamania lub pęknięcia kości. Na pociśnięcie odpowiednia kość nie była wrażliwą ani bolesną. Górna powieka obrzmiała, pod spojówką gałki lekka wybroczyna. Bystrość wzroku prawidłowa. Przy nachyleniu głowy w tył i naprzód gałka nie zmieniała swego położenia. Po 10ciu dniach gałka tejże strony leżała o 4 milimetry głębiej, aniżeli drugie oko. Szpara powiekowa węższa, a wysokość jej o 3 milimetry mniejsza w porównaniu z drugą stroną. Ruchy oka, wygląd zewnętrzny, szerokość źrenic, ucisk śródoczny, pole widzenia, bystrość wzroku i badanie wziernikowe niczem nie różniły się od drugiego oka i były prawidłowe.

Opisany przypadek *enophthalmus* powstał więc przez uraz górnego brzegu oczodołu, bez złamania jakiejkolwiekbądź kości, co mogłoby spowodować powiększenie objętości oczodołu, a następnie i wgłębienie gałki ocznej (Enophthalmus). Porażenie mięśni (levator palpebrae super.) również było wykluczone.

Z różnych przyczyn, mogących spowodować takie położenie gałki, może tutaj mieć zastosowanie przyczyna nerwowa. Według teoryi Schapringera bowiem porażenie włókien współczulnego nerwu powoduje porażenie mięśnia Müllera, który utrzymuje gałkę oczną w położeniu i należytem napięciu wraz z innymi mięśniami.

Przez uraz powstało podrażnienie nerwu nadoczodołowego; podrażnienie to przez *ganglion ciliare* działało porażająco na włókna współczulne, a tem samem i na mięsień Müllera. Jeśli zaś porażenie włókien współczulnych trwało przez dłuższy czas, wtedy może

powstać zanik tych włókien, a następnie i spowodować stałe wgłębienie oka.

Przez zastosowanie prądu elektrycznego otrzymał autor lekkie polepszenie tego stanu. *Dr Gruder.*

V. *O zastosowywaniu cuprum citricum przy jaglicy* (Ueber die Anwendung von Cuprum citricum bei Trachom.). Dr F. R. v. Arlt z Gracu. (1902. Nr 3.)

Doskonały wynik, jaki autor osiągnął od dwóch przeszło lat przy śluzoropotoku spojówki (blennorrh. neonatorum), wrzodach rogówki, zapaleniach spojówki i t. p. zapomocą *argentum citricum*, skłonił go do używania *cuprum citricum* przy jaglicy. Chociaż preparat ten pochodzi jeszcze z r. 1832 z pracowni Gay-Lussaca, to jednak dotąd nikt go nie używał jako środka leczniczego.

Zrazu stosował autor ten proszek jako rozczyn z cukrem (1:10 lub 1:20), później proszek sam w małej ilości. Od trzech miesięcy używał już tego preparatu w postaci maści 5% lub 10% (z ungu. glycerini cum amylo), podobnie jak maść Pagenstechera, do woreczka spojówkowego z następnem mięsieniem. Bólów przytem nie ma żadnych, a oczy można zaraz po mięsieniu z łatwością otwierać i powrócić do swego zwykłego zajęcia. Postępowanie takie należy dziennie dwa lub trzy razy powtórzyć. Autor kładzie także nacisk na okoliczność, iż chory może tę maść sam w domu zastosowywać, gdyż bólów przy *cuprum citricum* nie ma żadnych w przeciwieństwie do silnych przy *cuprum sulfuricum*. Nadspodziewane były wyniki tego środka przy łuszczce jaglicowej; po użyciu już po 10 do 14 dniach ustępowała łuszczka.

Do leczenia zapomocą tego środka nadaje się, zdaniem autora, ten okres jaglicy, gdzie wskazanem jest *cuprum sulfuricum;* przy silnej wydzielinie należy wpierw używać *arg. nitricum* lub *citricum.* Ropne zapalenia rogówki, jak również zewnętrzne lub wewnętrzne dawki jodu zabraniają użycia tego preparatu.

Doświadczenia dalsze z *cuprum citricum* odbywają się obecnie w klinice prof. Fuchsa w Wiedniu, prof. Dimmera w Gracu i w praktyce autora. *Dr Gruder.*

VI. *Ograniczony zanik tęczówki przy swoistem rozszerzeniu źrenicy* (Umschriebener Schwund der Regenbogenhaut bei specifischer Pupillen-Erweiterung.). Prof. J. Hirschberg. (1902. Nr 3).

Znane są ograniczone zaniki tęczówki przy ostrej jaskrze; autor widział takie zaniki już po dwóch dniach silnego napadu jaskry przy przedtem zupełnie zdrowem oku. Rzadkie są przypadki zaniku tęczówki z powodu kiły.

Chory 38letni przebył przed 8 laty kiłę; od pół roku bóle głowy i upośledzenie wzroku przy czytaniu. Na prawem oku *mydriasis* i porażenie akomodacyi; źrenica 5 mm. szeroka, nie oddziaływa na światło; lewa źrenica $3^1/_2$ mm. szeroka, oddziaływa na światło. Zalecono wcierki i *kalium jodatum.*

Po dwóch latach powrócił chory z takim samym stanem i na drugiem (lewem) oku; a więc *mydriasis* i porażenie akomodacyi, a nadto objawy kiłowe ze strony mózgu. Prawe oko okazywało dawny, niezmieniony stan. Na tęczówce lewego oka były już widoczne w dolnym, wewnętrznym kwadrancie trzy jasne, szaroniebieskie, lekko zagłębione, okrągławe plamki o średnicy 1 do $1^1/_2$ milimetra, dwa we wielkim kręgu, a jeden w małym kręgu tęczówki. Reszta tęczówki była brunatna. Zarządzono wcierki i *KJ.*, lecz stan pozostał niezmieniony przez dalszych dziewięć lat.

Po następnych dwóch latach stan prawego oka pozostawał prawie niezmienionym, lecz na lewem widać było już cztery plamki zanikowe na tęczówce. Lupą można było wśród tych czterech większych plam zanikowych widzieć kilka mniejszych. Objawów *tabes* nie było dotąd żadnych. *Dr Gruder.*

VII. *Błonicza zgorzel woreczka łzowego* (Diphtherische Gangrän des Thränensackes.). Dr Caspar w Mühlheim nad Renem. (1902. Nr 3.)

Jako uzupełnienie pracy Dra Feilchenfelda p. t. *„Diphtheria sacci lacrymalis“* [1]) podaje autor następujący przypadek błoniczej zgorzeli woreczka łzowego u $2^1/_2$ lat liczącego dziecka, które najpierw zachorowało na błonicę spojówek obydwu oczu.

Stan oczu znacznie się po tygodniu polepszył, natomiast pogorszył się znacznie ogólny stan dziecka.

Po kilku ledwie dniach utworzyła się w okolicy woreczka łzowego przetoka, do woreczka prowadząca i otoczona obumarłą tkanką. Przez pociśnięcie nie można było ropy wydobyć. Zgorzel szybko postępowała, tak, że już trzeciego dnia zajęta była cała okolica woreczka łzowego, tworzącego teraz wgłębienie, wypełnione brudnociemną ziarniną.

Po dalszych trzech dniach nastąpiła śmierć dziecka. Badania bakteryologicznego nie przedsięwzięto. *Dr Gruder.*

---

[1]) P. »P. O.« 1902. Nr 3.

3. Zeitschrift für Augenheilkunde. T. VII. Z. 4.

I. *Postać oka dotkniętego jaskrą* (Die Form des glaukomatösen Auges) Dr G. I. Schoute z Amsterdamu.

Autor podaje wyniki badań swoich sposobem Kostera zapomocą odlewów gipsowych na 6 oczach dotkniętych jaskrą i porównywając swoje wyniki z wynikami, podanymi przez Kostera w jednym przypadku na oku prawidłowem, dochodzi do następujących ogólnych wniosków: Albo istnieje obok typu oka gruszkowatego także typ oka kulistego, albo też oko zbliża się do postaci kulistej wskutek cierpienia przez dłuższy czas na chorobę, połączoną z podwyższeniem ucisku śródocznego. *Dr Jan Kreutz.*

II. *Przyczynek do przecięcia podspojówkowego pojedynczej zaćmy wtórorzędnej (Kuhnt)* (Beitrag zur subconjunctivalen Discision des einfachen Nachstars [Kuhnt]). Dr H. Wokenius z Królewca.

Nawiązując do opisanych przed trzema laty przez Kuhnta 709 przypadków, operowanych jego sposobem zapomocą zmienionego nożyka knappowskiego wkłuciem podspojówkowem 3—4 mm. od brzegu rogówkowego i przecięciem prostopadłem do kierunku włókien torebkowych przy sztucznem oświetleniu, podaje autor dalszych 216 przypadków tym sposobem przeciętnie w 16—20 dniu po operacyi zaćmy operowanych wraz z wynikami, które wyrażone w odsetkach, gdy pełną bystrość przyjmie się 100⁰/₀, przedstawiają się tak, że przeciętna bystrość wzroku, osiągnięta po operacyi zaćmy — 19,4⁰/₀, wzrasta po przecięciu torebki do 52⁰/₀. Powikłania po tym zabiegu zdarzyły się tylko w 22 przypadkach, dwa razy jako zapalenie tęczówki, a zresztą tylko jako lekkie zadrażnienie tęczówki, jaskry zaś nigdy nie było. Przy tej sposobności roztrząsa autor krytycznie dawniejsze i nowsze sposoby operowania zaćmy wtórorzędnej i oddaje pierwszeństwo pod każdym względem sposobowi Kuhnta. *Dr Jan Kreutz.*

III. *O leczeniu jekwirytolem* (Über die Jequiritoltherapie). Ed. Hummelsheim z Bonn.

Autor robił doświadczenia kliniczne jekwirytolem w 12 przypadkach. — Dodatnie wyniki otrzymał w starej łuszczce jaglicowej i w zaćmieniach rogówki różnego rodzaju (plamki i blizny grubsze rogówkowe miały się wyjaśniać), ujemne zaś w starych lub świeżych ziarnach jaglicowych i w świeżej łuszczce. Przyznaje jekwirytolowi pod względem leczniczym wyższość nad dotąd stosowanym nastojem z *Abrus praecatorius* z powodu możliwości dokładniejszego dawkowania i wykluczenia szkodliwego działania.

Dr Jan Kreutz.

IV. *Przypadek wyleczenia ropnego zapalenia oka po operacyi zaćmy przez wprowadzenie jodoformu do gałki ocznej [do ciała szklistego]* (Ein Fall von geheilter Panophtalmitis nach Cataract-Extraction durch Einführung von Jodoform in das Augeninnere [Glaskörper]). Dr H. Schmidt z Elberfeldu.

W przypadkach ropienia w 24 godzin po operacyi zaćmy z utratą ciała szklistego udało się autorowi przez wprowadzenie płatka jodoformowego Wüstefelda do przedniej komory i zasypanie proszkiem jodoformowym okolicy otwartej rany, przyczem znowu upłynęło tyle ciała szklistego, że ściany gałki ocznej się zapadły, nie tylko powstrzymać dalsze ropienie, ale nawet osiągnąć po 6 tygodniach $^1/_5$—$^1/_4$ bystrości wzroku. *Dr Jan Kreutz.*

V. *O skutecznej operacyi torbiela lewego płata potylicznego wraz z uwagami* (Uber eine mit Erfolg operirte Cyste des linken Hinterhauptlappens nebst Bemerkungen). Dr E. Cramer z Cottbus.

Pomiędzy 273 przypadkami guzów mózgowych, podanymi przez Bergmanna, są tylko trzy, i to niejasne, przypadki guzów w płatach potylicznych i dlatego przypadek Cramera, dokładnie spostrzegany i opisany, zasługuje na szczególną uwagę. Dotyczy on robotnika lat 37, który po chorobie gorączkowej (influenza) zgłosił się z bólem głowy i pogorszeniem wzroku do autora. Z początku stwierdził autor *neuroretinitis haemorrhagica* w obu oczach, gdy jednak po kilku dniach ponownie chorego badał, znalazł ubytek w polu widzenia na obu oczach w jednej ćwiartce dołem zewnątrz po prawej stronie (hemianopsia dextra), a na dnie oczu wybitne tarcze zastoinowe. Chory żali się na częste zamglenia wzroku i zawroty głowy. Dokładne zbadanie układu nerwowego nie wykazało żadnej zmiany. Po 12 dniach ubytek w polu widzenia rozszerzył się nieco ku górze po prawej stronie. Po wykluczeniu wszelkich innych możliwości, zrobił autor rozpoznanie guza w korze lewego płata potylicznego i przystąpił z Prof. Thiem'em do trepanacyi czaszki w odpowiedniem miejscu. Po nacięciu twardej opony mózgowej w okolicy drugiego zwoju potylicznego trysnął duży strumień jasnej wodnistej cieczy. Okazało się, że natrafiono odrazu na torbiel, który się utworzył w tem miejscu wskutek zlepienia opony pajęczej z oponą twardą po ograniczonem surowiczem zapaleniu opon mózgowych przy influenzy. Po dwóch miesiącach chory zupełnie wyzdrowiał, miał pole widzenia zupełnie prawidłowe, tarcz zastoinowa na lewem oku znikła zupełnie, a na prawem oku pozostał ledwie ślad obrzęku tarczy nerwu wzrokowego. *Dr Jan Kreutz.*

O pełnem wyrównywaniu myopii.

Na ostatnim zjeździe Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu wykazali Pfalz i Heine na podstawie statystycznych dat i teoretycznych wywodów, iż pełna korekcya zapobiega postępowaniu krótkowzroczności, któremu to twierdzeniu w rozprawie tylko niewielu z obecnych się sprzeciwiło. Wobec doniosłości tej sprawy podnoszono jednak, iż pożądanemby było, aby i inni okuliści starali się ją wyświetlić przez ogłaszanie swych spostrzeżeń oraz licznych i szczegółowych statystyk. I rzeczywiście w krótkim stosunkowo czasie, bo już w marcowym zeszycie »Klin. Monatshefte f. Augenheilkunde« z b. r. znajdujemy 3 prace, zajmujące się tym przedmiotem, a mianowicie: I. Dr Schreiber (Magdeburg): *„Wie korrigiert man die Kurzsichtigkeit am zweckmässigsten?“*. II. Dr Roscher (Wrocław): *„Myopie-Statistik aus der Rückert'schen Augenklinik in Zittau; ein Beitrag zur Frage der Vollkorrektion“* i III. Dr Meyerhof (Wrocław): *„Ueber die Zunahme höherer Kurzsichtigkteit bei Unterkorrektion für die Nähe“*. —

I. Schreiber, który dotychczas trzymał się dawnej zasady przepisywania szkieł, zebrał obecnie spostrzeżenia u swych młodocianych chorych i przekonał się, że u nich krótkowzroczność stopniowo wzrastała, i to z szybkością zależną od wieku: Największą dążność do postępowania posiada ona w 7—14 r. życia (przeciętnie o 3·76—2·25 D), odtąd postępowanie to jest coraz mniejszem, a po 20 roku z reguły ustaje. Postanowił zatem odtąd w następujący sposób postępować: W wieku od 7—14 r. wyrównywać zupełnie krótkowzroczność wynoszącą 1·25 do 6·5 D., przyczem — w myśl wywodów Pfalza — zważać także na oprawę i postać szkieł (okulary i periskopowe soczewki), jak nie mniej na szerokość akomodacyi. Przy myopii wyższej niż 6·5 D. należy w każdym przypadku z osobna rozważyć, czy nadaje się do pełnej korekcyi.

U krótkowzrocznych, liczących więcej niż 20 lat, nie należy myopii zupełnie wyrównywać, gdy przedtem szkieł takich nie używali. Od 40 r. uwzględnia presbyopię. —

II. Roscher zestawił statystykę na podstawie prac Rückerta, który, uznając w zasadzie słuszność zdania Förstera, polecał wprawdzie używać szkieł i do pracy z bliska, lecz bardzo często o 1—$1^1/_2$ D. słabszych; zupełnie wyrównywujące przepisywał tylko wówczas, gdy można było w ten sposób usunąć objawy astenopii z powodu niewydolności wewnętrznyah mięśni prostych. Przy wyższych stopniach krótkowzroczności przepisywał szkła znacznie słabsze. W ten sposób mógł autor przekonać się, jaki skutek i wpływ na postępowanie krótkowzroczności miał każdy z tych 3

rodzajów korekcyi, t. j.: *a)* pełnej, *b)* niezupełnej (o 1—2 D. niższej) i *c)* słabszej (niższej o kilka D.).

Otrzymał też następujące wyniki: Korekcye *a)* i *b)* jednakowo działają, bo tak przy jednej, jak i przy drugiej 70°/₀ myopii było niepostępujących, 20°/₀ nieznacznie, a 10°/₀ znacznie postępujących. Przy słabem wyrównaniu *(c)* stosunek jest odwrotny: niepostępujących 11°/₀, 28°/₀ słabo-, a 61°/₀ znacznie postępujących. Wobec tego podobieństwa między korekcyą *a)* i *b)* poleca autor wprawdzie o ile możności krótkowzroczność zupełnie wyrównywać, lecz w danym razie zezwolić na nieco słabsze szkła.

III. Na skutek prośby Heine'go podjął się Meyerhof podobnego zestawienia z ksiąg Augsteina, który podawał znacznie słabsze szkła, niż myopia wynosiła (o 1·5—2 D. w dal, o 3—4 D. do pracy z bliska, a w rzadkich tylko przypadkach powyżej — 8 D). Do statystyki tej wybrał M. jedynie myopie wynoszące przynajmniej 5 D., i to u osób poniżej 20 roku życia, i wysnuwa z niej następujące wnioski:

1. Wyższy stopień myopii u młodych osób, niezupełnie wyrównanej, wzrasta w przeszło połowie przypadków.

2. Wzrastanie to występuje szczególnie w wieku do 15 roku.

3. Odtąd zmniejsza się ono, lecz uie ustaje w zupełności.

Równocześnie zauważył autor, iż nie ma żadnego związku między płcią oraz dziedzicznością z jednej — a wzrastaniem krótkowzroczności z drugiej strony; że nie można twierdzić, jakoby wysoka myopia — posiadała większą dążność do wzrastania, albowiem znalazł je przy tym stopniu myopii tylko w połowie przypadków.

Przeciw wpływowi konwergencyi na wzrastanie myopii przemawiałaby okoliczność, iż w 2 przypadkach, mimo braku jednego oka, na drugiem krótkowzroczność silnie się powiększyła, — lecz dałoby się to wytłómaczyć utrzymaniem konwergencyi.

Bystrość wzroku nie pogarszała się, w niektórych przypadkach nawet polepszała się. *Dr Edw. Goldwasser.*

Przypadek kratkowatego zapalenia rogówki. (Ein Fall von gittriger Keratitis.). Dr W. Hauenschild z Wyrcburga. (»Zeitschrift f. Augenheilkunde«. Sierpień. 1891.)[1]).

W roku 1899 opisał Haab pewną chorobę rogówki, którą nazwał »zapaleniem kratkowatem rogówki« (gittrige Keratitis); w roku następnym ogłosił tenże jeszcze pięć podobnych przypadków, z których cztery należały do jednej rodziny (brat, dwie siostry i syn jednej z tych sióstr.).

---

[1]) Patrz »Postęp Okulistyczny«. Marzec. 1900. Str. 95—96.

Prawie równocześnie z Haabem opisał Dimmer trzy przypadki podobnej choroby rogówkowej, dając jej nazwę »powierzchownego kratkowatego zaćmienia rogówki« (oberflaechliche gittrige Hornhauttruebung).

Autor spostrzegał w klinice okulistycznej w Wyrcburgu zapalenie rogówki kratkowate u 30letniej chorej, której ojciec podlegał podobno od urodzenia temu samemu cierpieniu. Chora, o ile pamięta, zawsze miała wzrok słaby; podczas pierwszej ciąży zauważyła pierwsze objawy zapalenia oczu, które rok rocznie podczas wiosny lub podczas zimy, raz na jednem, raz na drugiem oku, powraca. Przed takiem zapaleniem zwykle wielkie bóle głowy. Chora była raz jeszcze w ciąży; tym razem jednak nie zauważono związku pomiędzy pogorszeniem a ciążą.

Badanie oczu wykazuje, co następuje: Lekki światłowstręt, łzawienie, dookoła rogówki słabe nastrzyknięcie rzęskowe; czucie rogówek zachowane; odczyn źrenic prawidłowy, również i dno oczu. V. p.: $^1/_4$. V. l.: $^1/_3$. s. n. p. P. o.: Nied. III.; L. o.: Nied. II. na 20 cm. Na rogówce, przeważnie w obrębie źrenicy, znajdują się liczne szare punkciki, połączone cienkimi, również szarymi, paskami; wskutek tego powstaje delikatne i bardzo ścisłe zmętnienie rogówkowe w postaci kratki. Obwód rogówki w obrębie 3 mm. niezajęty. Przy bocznem oświetleniu zauważono, że zaćmienie to nie leży w nabłonku, lecz w błonie Bowmana i w powierzchownych warstwach miąższu. Naczyń nowo utworzonych nigdzie nie spostrzeżono.

Jako środek leczniczy zastosowano żółtą maść, jednak bezskutecznie; natomiast zapuszczanie kokainy odniosło przynajmniej ten skutek, że zapalenie ustąpiło. Zmętnienie rogówki pozostało niezmienionem.

Opisany przypadek daje, również jak i przypadki Haaba i Dimmera, prawie pewną rękojmię, że choroba ta jest dziedziczną, gdyż często kilka osób z tej samej rodziny na nią cierpiało. Podczas, gdy jednak u Haaba i Dimmera zmętnienie powstało w latach młodzieńczych, było ono u chorej Hauenschilda albo wrodzone, albo w pierwszych latach dzieciństwa nabyte.

W sprawie etyologii dodaje autor, że kiłę dziedziczną jakoteż nabytą można było z pewnością wykluczyć.

Dr A. Działowski.

Dwa przypadki wrodzonego zmętnienia rogówki (Zwei Faelle von kongenitaler Hornhauttruebung.). Dr W. Hauenschild z Wyrcburga. (»Zeitschrift f. Augenheilkunde«. Sierpień. 1901.).

Autor opisuje zmętnienie obydwóch rogówek u dwojga dzieci z tej samej rodziny, zauważone przez rodziców zaraz po urodzeniu dzieci. Objawów zapalnych ocznych nigdy nie było; kiła wyklu-

czona. Ponieważ obraz choroby wszystkich czterech oczu jest zupełnie jednaki, wystarcza opisać jedno z nich.

Spojówka prawidłowa; rogówka na całej przestrzeni równo zmętniona, o barwie szarobiałej, mleczne szkło przypominającej; nabłonek prawidłowy; zmętnienie jest spowodowane zmianami w miąższu; naczyń nowo powstałych nigdzie nie widać; rogówka prawidłowo wypuklona, napięcie wśródoczne prawidłowe, również głębokość przedniej komory. Przez zmętnienie widać tęczówkę i źrenicę, prawidłowo oddziałującą, jakoteż dno oka, prawidłowe. V.: palce na 4—5 m.

Powstanie zmętnienia tego tłómaczy autor w następujący sposób:

Rogówka w pierwszych okresach rozwoju swego jest nieprzezroczysta; można przypuścić, że z początkiem czwartego miesiąca zaczyna się uporządkowanie miąższu, wskutek czego rogówka staje się coraz przezroczystszą. Jeżeli w tym czasie część jakaś rogówki, mniejsza lub większa, zaprzestanie nagle brać udział w dalszym rozwoju reszty oka, pozostanie na miejscu tem zmętnienie, którego ścisłość zależeć będzie od okresu, w którym dalszy rozwój rogówki ustał.

Hauenschild sądzi, że w jego przypadkach cała płodowa rogówka nagle w dalszym rozwoju reszty oka przestała brać udział, i to ze względu na wzrok, wynoszący $^{4}/_{60}$ do $^{5}/_{60}$, prawdopodobnie w połowie płodowego życia, a więc w piątym miesiącu.

W sprawie rokowania nie ma, zdaniem autora, żadnej nadziei, ażeby zmętnienia te kiedykolwiek się wyjaśniły. —

Dr A. Działowski.

Przypadek nacieczenia krwawego rogówki (Ein Fall von Durchblutung der Hornhaut.). Dr O. Scheffels z Krefeldu (»Zeitschrift f. Augenheilkunde«. Kwiecień. 1901.)[1].

Dziewięcioletni chory skaleczył sobie z własnej winy nożem prawe oko pod samą rogówką. Dopiero po 6 tygodniach, gdy wskutek powstałego współczulnego zapalenia oka lewego osłabienie wzroku zauważył, udał się po poradę lekarską; lecz, mimo natychmiastowego wyjęcia gałki ocznej prawej, wzrok lewego oka podupadł do ilościowego poczucia światła. Po kilku miesiącach wykonana irydektomia wraz z zdjęciem zaćmy przyrośniętej (cataracta accreta) wróciła choremu wzrok częściowo (V. = $^{5}/_{50}$). W rok po wymienionej operacyi zgłosił się chory ponownie — twierdząc, że nagle zaniewidział wskutek podniesienia bardzo ciężkiego przedmiotu. — Powodem utraty wzroku był krwotok, wypełniający całą przednią komorę. Mimo energicznego leczenia krew nie ustępowała, sięgając

[1]) Patrz »Postęp Okulistyczny«. Kwiecień. 1900. Str. 144.

po trzech miesiącach jeszcze do połowy przedniej komory. W kilka dni po wypuszczeniu chorego zdarzył się nowy wypadek: chory upadł na twarz i uderzył się przytem w oko. Autor zrobił wtedy następujące spostrzeżenia:

Rogówka, wyjąwszy pasek obwodowy o $1^1/_2$ mm. szerokości, czekoladowo zmętniona; nabłonek prawidłowy; ani źrenicy, ani krwotoku przedniej komory nie widać; projekcya dobra.

Bez używania jakichkolwiek środków leczniczych oprócz ciepłych okładów, zaczęła się rogówka powoli od obwodu rozjaśniać; barwa zmętnienia stała się żółtozieloną. Po 16miesięcznem istnieniu szerokość zmętnienia zmniejszyła się do owalu 6×4 mm. objętości mającego, a położonego w samym środku rogówki. Krew z przedniej komory znikła. Wzrok jednak chorego, wskutek zarośnięcia szpary i źrenicy, ograniczył się tylko do poczucia światła z dobrą projekcyą.

W parę miesięcy, wskutek urazu w oko, ponowny krwotok do przedniej komory, 3 mm. wysoki, który w przeciągu dwóch tygodni uległ wessaniu.

Wkrótce potem trzeci i czwarty krwotok.

Rokowanie w wyżej wymienionym przypadku uważa autor za bardzo wątpliwe. Jeżeli krwotoki ostatecznie ustaną i nie przyjdzie powoli do zaniku gałki, sądzi on, że może się uda zapomocą powtórnej irydektomii choremu wzrok częściowo przywrócić.

Wreszcie omawia autor powstanie wyżej opisanego krwawego nacieku. Jasnem jest, że nie utworzył się on zapomocą dyfuzyi, ponieważ wtedy zabarwienie rogówki postępowałoby powoli; w tym zaś przypadku powstało ono nagle — wskutek urazu.

Można tutaj jedynie przypuścić krwawy naciek rogówki — spowodowany szczelinami w błonie Descemeta albo pęknięciem przewodu Schlemma, lub też małemi miąższowemi uszkodzeniami tkanki na obwodzie, w okolicy ciałka rzęskowego.

Pierwszą możliwość wyklucza autor, ponieważ jest niezrozumiałem, dlaczego przy tylu krwotokach nie nastąpił ponowny naciek rogówki przez te same szczeliny błony Descemeta, które, jak wiadomo, prawie nigdy się nie goją. Trzecią możliwość wyklucza on z tego powodu, że obwodowe części rogówki były niezajęte. Pozostaje więc druga możliwość, t. j. pęknięcie przewodu Schlemma, któremu też autor krwawy naciek rogówki przypisuje.

Dr A. Działowski.

Przypadek glejaka siatkówki. Operacya. Wyleczenie (Un cas de gliome de la rétine. Opération. Guérison.). Dr Bribosia. (»Bulletin du Syndicat Médical de la province de Namur«. 1902. III.)

Autor zastrzega się, że nie idzie tu o wyleczenie »operacyjne«

czyli o bezpośredni korzystny przebieg po operacyi, lecz o wyleczenie trwałe, gdyż w 9 miesięcy po wyjęciu oka dotkniętego glejakiem siatkówki nie ma żadnych śladów nawrotu i ogólny stan zdrowia można nazwać kwitnącym. *Observatio albo notanda lapide*, powiada Dr Bribosia, gdyż wiadomo, jak szczególną złośliwością odznacza się *glioma retinae* i jak często, mimo wczesnej stosunkowo operacyi, prowadzi do nawrotów. Przerzuty w mózgu i w narządach wewnętrznych sprowadzają niemal w każdym przypadku smutny koniec.

W przypadku, który autor opisuje, rozpoznanie u 3letniego dziecka było jasne i niewątpliwe. Przy wyjmowaniu gałki przecięto nerw wzrokowy przy sawem *foramen opticum.* Prawie całą gałkę wypełniał nowotwór. Badanie histologiczne, wykonane przez profesora Van Duyse wykazało utkanie *gliosarcoma retinae.*

Dr K. W. Majewski.

O cierpieniach ocznych przy gruźlicy błony śluzowej nosa i o leczeniu tej ostatniej kwasem mlecznym (Ueber Augenerkrankungen bei Tuberculose der Nasenschleimhaut und die Milchsäurebehandlung der letzteren.). Hinsberg. (»Zeitschrift für Ohrenheilkunde«. 39. Nr 3. 1901).

Na 9 przypadków gruźlicy błony śluzowej nosa, w 5 istniały zmiany w drogach łzowych. I tak w 1 przypadku gruźlica błony śluzowej nosa, miękiego podniebienia i nagłośni. Gruźlica lewego przewodu łzowego i lewej spojówki — z prawej strony *conjunctivitis hyperplastica.*

2gi przypadek: Gruźliczy guz ziarninowy na lewej małżowinie nosa, — gruźlica lewego worka łzowego i owrzodzenie gruźlicze w *conjunctiva tarsi* z lewej strony. Już przed 3 laty dokonano wycięcia wrzodu gruźliczego na górnej powiece, — wystąpił jednak powtórnie, jak autor mniema, wskutek nieuwzględnienia zmian nosowych.

3ci przypadek: Obustronna gruźlica błony śluzowej nosa — wyleczone *dacryocystitis* z lewej strony. Nacieczenie gruźlicze na lewej dolnej powiece.

4ty przypadek: Gruźliczy guz ziarninowy na przegrodzie nosa. Zwężenie lewego przewodu nosołzowego. Zapalenie pryszczykowe *(phlyctenae)* na lewem oku.

Przypadek 5ty: Wilk błony śluzowej nosa z obu stron, wyleczona wilk na końcu nosa. Lewostronna *dacryocystitis.*

We wszystkich tych przypadkach związek przyczynowy między cierpieniem gruźliczem nosa, a takiemże cierpieniem narządu wzrokowego ujawnił się przy leczeniu. Dopiero po usunięciu gruźlicy błony śluzowej nosa ustąpiło podobne cierpienie oka, wykazując

niezbicie łączność cierpień obu tych narządów, na co szczegółowo zwracałem uwagę czytelników »Postępu« w roku zeszłym (patrz Nr. 3—4).

Przy leczeniu gruźlicy błony śluzowej nosa autor zaleca przez czas dłuższy codzienne stosowanie tamponów z waty, nasyconych 80% rozczynem kwasu mlecznego (do 3 godzin).

Dr Jan Sędziak.

Nowy przypadek alopecyi ogólnej, oraz kilka słów o etyologii i przebiegu tej choroby. Dr A. Działowski. (»Nowiny Lekarskie«, 1902, Z. IV.).

W sprawie etyologii tej choroby ścierają się głównie dwa różne poglądy, z których każdy liczy wielu zwolenników. Jedni przyjmują tło zakaźne, za którem przemawiają kilkakrotnie już spostrzegane epidemie tej choroby. Drudzy uważają alopecyę za nerwicę skórną. Doświadczenia Josephi'ego świadczą, że, jeśli nie we wszystkich przypadkach, to przynajmniej we wielu przyczyną cierpienia jest istotnie zaburzenie nerwowe. Wycinał on zwoje kręgowe drugiego nerwu karkowego u kotów, poczem występowała wybitna *alopecia areata.*

Autor miał sposobność spostrzegać w klinice prof. Wicherkiewicza w Krakowie przypadek alopecyi ogólnej u 15letniej panny, która zgłosiła się z powodu braku rzęs i brwi. Badanie wykazało jednak prawie zupełny brak włosów na głowie. Zaledwie kilkadziesiąt krótkich jasnych włosków wyrastało tu i ówdzie, zresztą skóra gładka, lśniąca, biała i zupełnie łysa. Chora nosi jasną perukę. *In cavo axillae utriusque* i na *mons Veneris* skąpe uwłosienie, na przedramionach i podudziach jasny meszek. Z opowiadania matki dowiedział się autor, że choroba rozpoczęła się w 8ym roku życia wypadaniem włosów przy czesaniu. Wszelkie stosowane środki zawiodły. Prof. Rosner (sen.), który wówczas dziecko to miał w leczeniu, przypisywał powstanie choroby zakażeniu.

Oprócz własnego spostrzeżenia przytacza Dr Działowski dawniej już opisane spostrzeżenia *alopeciae universalis,* Magnusa, Wicherkiewicza, Schütz'a i Froelich'a. —

Dr K. W. Majewski.

Zmiany we fovea centralis przy myopii i ich leczenie. Dr Gałęzowski. (»Receuil d'Ophthalmologie«. Marzec, 1902).

Zanikowe zmiany naczyniówki w okolicy żółtej plamki nie są w zależności od wysokich stopni krótkowzroczności, jak to twierdzi Fuchs. Spotykamy je przy myopiach słabych 2—3 D, równie jak przy silnych 10—15 D. Autor przytacza przypadek Mp. silnej (—14 D) z AsHp osi poz. oka lewego, bez żadnych powyższych zmian, przy Mp. słabszej (— 10 D.) oka prawego, w którem znaleziono zanik

naczyniówki w okolicy plamki żółtej z żylnym zastojem *praemacularis;* wzrok oka lewego był prawidłowy, gdy prawem chory zaledwo rozróżniał litery Nr 2,50 skali Gałęzowskiego.

Zmiany te głównie powstają wskutek rozciągania naczyń naczyniówki przy Mp. postępującej, wywołującej pękanie ich, wynaczynienia w plamce żółtej i włóknikowo-plastyczne wypociny w jej okolicy.

Następstwem tego bywają zmiany sąsiedniej części siatkówki, a głównie warstwy Henle'go w postaci nacieków i wypocin białkowych; tworzą się tu białawe blizny i, wskutek załamań siatkówki, chorzy uskarżają się na objawy metamorfopsyi, a także na skotoma. Przebieg choroby powolny.

Leczenie powinniśmy zalecać energiczne. Dobrze działają pijawki na skroni i za uszami, suche bańki na karku. Kol. G. głównie podnosi 2 środki: 1. zapuszczanie suprarenaliny (50 ctgr. na 10 gr.) 2 razy dziennie, i 2. ciepłe lub zimne okłady z hemamelinu (jest to *extr.* z *haemamelis virginica*); środek ten działa ściągająco na naczynia siatkówki i naczyniówki i tamuje wogóle krew.

Rp.	*Aq. laurocerosi* .	25	gr.
	Aq. lactucae vir.	50	»
	Aq. destillatae .	225	»
	Haemamelini . .	0,75	»

Robić okłady na zamknięte oczy po godzinie rano i wieczorem; dobrze przytem używać worka kauczukowego, naprzemian napełnionego lodem lub wodą gorącą. Dobrze tu działają preparaty rtęciowe i jodowe, stosowane na wewnątrz.

Zmiany w okolicy plamki żółtej nie wywołują oderwania siatkówki, choroba ta ma inną przyczynę i początek. *Dr J. T.*

Przyczynek do etyologii retinitis proliferans. Inauguralna rozprawa. Kazimierz Nitowski. Proskurów (podolska gubernia). 1901. Str. 56.

Rozprawa ta została napisana przez kol. N. z Czarnego Ostrowa w języku urzędowym w histologicznem laboratoryum warszawskiego uniwersytetu, gdzie autor dokonał szeregu doświadczeń na królikach, pod kierunkiem prof. Kołosowa. Temat do niej podał prof. Kostienicz. Motto do rozprawy wypisane *„vere scire — est per causas scire“*. Streściwszy krótko spostrzeżenia 25 autorów, poczynając od Manza, który pierwszy podał 3 przypadki *retin. proliferans* (1876), i podawszy znane spostrzeżenia samoistnych krwotoków do ciała szklistego, kol. N., w celu wyjaśnienia twierdzenia Leber'a, iż głównie na zmiany siatkówki wywierają wpływ śródgałkowe krwotoki, wykonał szereg doświadczeń, wstrzykując do

ciała szklistego przez twardówkę krew odwłóknioną i nieodwłóknioną i rozczyn sublimatu (1:5000). Podobne doświadczenia robił już Probsting (1892 r.), nie oznaczając ilości wstrzykniętego płynu, kol. N. wstrzykiwał zwykle 0,1 grm., większa bowiem ilość wywoływała objawy jaskry.

Przez jakiś czas oczy wziernikowano, aż wreszcie wyłuszczano je, następnie kładziono na sześć do ośmiu tygodni do płynu Millera i poddawano badaniom histologicznym. Wstrzyknięta krew nie wywoływała wcale podrażnienia siatkówki. gdy przeciwnie wstrzyknięty rozczyn sublimatu silnie oddziaływał na zmiany w tej błonie (zanik), przy zapalnej sprawie naczyniówki i skurczeniu się rozrzedzonego c. szklistego. Nie będę streszczał ciekawych zmian, jakie wywoływane były tym sposobem w siatkówce, autor opisał je poglądowo, objaśniając 10 rysunkami na 2 tablicach, zdobiących jego rozprawę. Oto wynik jego badań: *retinitis proliferans* nie przedstawia samoistnego klinicznego obrazu choroby siatkówki, lecz jest wynikiem pęknięcia jej naczyń lub też naczyń naczyniówki z następczym krwotokiem do ciała szklistego, rozrostem tkanki łącznej z *adventitia* uszkodzonego naczynia i włókien Millera; słowem *retinitis proliferans* — zdaniem kol. N. — jest blizną w miejscu uszkodzenia całości błon oka, wnikającą do c. szklistego. Jest to więc choroba miejscowa nieuleczalna, nieraz wywołująca oderwanie siatkówki.

W końcu rozprawy przytoczony spis 60 prac, z jakich korzystał doktorand.

Powyższa praca stanowi prawdziwie naukowy przyczynek do zawiłej sprawy t. zw. *ret. proliferans*, spodziewamy się też, że i nowo przez autora przedsięwzięte doświadczenia nad odtwarzaniem się pręcików i czopków przy bardzo małych zranieniach siatkówki — jak o tem prywatnie mi donosi — uwieńczone będą ciekawymi wynikami. Nie mogę jednak zgodzić się z 6ym punktem jego inauguracyjnej tezy, jakoby ruchome okulistyczne oddziały były odpowiedniem »cielesoobrazny« — a kazański zjazd rosyjskich lekarzy nazwał »niecielesoobrazny«! — i humanitarnem zastosowaniem okulistycznej pomocy dla ludności, i że życzyćby należało, żeby takowe były w każdej gubernii i koczowały z powiatu do powiatu (jeszcze co!). *Dr J. T.*

IV. LECZNICTWO.

1. **Nalewkę jodowa** zamiast jodku potasu poleca Richter z Berlina i podaje osobom bardzo wrażliwym wasogenę jodową 6% i 10% wewnętrznie (w tenże sposób, co nalewkę, t. j. trzy razy dziennie po 10 kropel, co tydzień powiększając dawkę o 5 kropel aż do 30, trzy razy dziennie po jedzeniu) — w kawie, piwie, winie, mleku lub wodzie.

Leczenie jodowe wymaga około 100 gr. wasogeny.

(Bericht über die 73 Vers. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Hamburg).

2. **Skuteczność zastrzykiwań śródmięśniowych dwujodku rtęci** nie tylko przeciw cierpieniom ocznym kiłowym, ale także gruźliczym poleca — za przykładem swego szefa Panasa — Dr Scrini, a lubo skuteczność rtęci ma być niejako probierzem podstawy syfilitycznej cierpienia, to jednak, jak autor wykazuje, rtęć doskonale tam działa, gdzie z całą pewnością syfilis wykluczyć trzeba, a gdzie wiele okoliczności przemawia za tuberkulozą. Zresztą i w wielu innych rodzajach zakażenia rtęć rozwija działanie skuteczne.

(»Arch. d'Ophthalm.« 4. 1902.).

3. **Itrol przeciw jaglicy** zaleca Bock. Środek ten ma być zwłaszcza bardzo skutecznym przeciw łuszczce jaglicowej i jaglicy, połączonej z znaczną wydzieliną, przyczem zasypany itrol łatwo się rozpuszcza i działanie swe rozwinąć może. Także wrzody nieczyste, nie okazujące skłonności do gojenia się, a dalej wielkie pryszczyki (phlyctaenae) znikają dość szybko po zastosowaniu tego środka. —

(Das erste Jahrzent der Abt. f. Augenkranke im Allg. Krankhause zu Laibach. Wien. 1902.). *W.*

V. ROZMAITOŚCI.

Leczenie jaglicy ichtarganem. W. Mrongovius (»Wojenno-medicin. Żurnał«. Marzec, 1902).

Dr M., jako wojskowy lekarz, stosował ichtargan przy jaglicy u żołnierzy. Podawszy 14 więcej pouczających przypadków, przez siebie spostrzeganych, autor dochodzi do następujących wniosków: 1. Niezastarzałą jaglicę 2—3% rozczyn ichtarganu wylecza w ciągu miesiąca; 2. słabe postacie jaglicy ustępują po 4krotnem

pędzlowaniu spojówki w przeciągu 5—6 dni; 3. tę własność ichtarganu należy wykorzystać dla różniczkowego rozpoznania słabych postaci jaglicy od cięższych; 4. chorych ze słabemi postaciami jaglicy nie należy pomieszczać w t. zw. »oftalmicznych komendach«; 5. stosować można rozczyn nie silniejszy od 3%; 6. ichtargan względem spojówki posiada kumulatywne działanie, które się objawia po 10 do 18 pędzlowaniach; 7. działanie to objawia się pod postacią *blennor. acuta* w słabym stopniu; 8. na rogówkę środek ten nie działa, nawet 4%; 9. dla osiągnięcia prędkiego ($1^1/_2$—3 tyg.) i zupełnego wyzdrowienia najlepiej stosować leczenie połączone — operatywne i pędzlowanie ichtarganem; 10. w tym celu spojówkę znieczula się kokainą (prócz zapuszczania zaleca przykładać rozczyn na wywrócone powieki w ciągu 5ciu minut przed operacyą), poczem ziarna wygniata się, wydrapuje i przekłuwa się, a spojówkę pędzluje się 2—3% rozczynem ichtarganu (Por. »P. O.«, str. 77, R. IV.).

Dr J. T.

Pan St. Lineburg z Sejn proponuje utworzenie »Towarzystwa pogotowia oftalmicznego« z członkami honorowymi, rzeczywistymi i ofiarodawcami — z założeniem oddziałów okulistycznych w każdem mieście gubernialnem Królestwa Polskiego, — coś w rodzaju Tow. osad rolnych, Tow. sztuk pięknych; członkowie korespondenci, osiedli na prowincyi, mogliby, jako delegaci Towarzystwa, zająć się zbieraniem składek i ofiar, mając na ten cel kwitaryusze (»Ziarno«, Nr 10, 1902.)

Wszystko ma swój czas i modę. Dziś na porządku dziennym w cesarstwie rosyjskiem i Królestwie Polskiem są, zamiast stałej pomocy, ruchome oftalmiczne oddziały, a Warlomont przed laty w swoich »Annales d'Oculistique« stawiał pod pręgierz opinii koleżeńskiej każdego okulistę, jeżdżącego po miastach dla praktyki. Jeżeli potrzebne jest Towarzystwo pogotowia oftalmicznego, to nie mniej przydałyby się u nas Tow. pogotowia ginekologicznego, dla syfilityków i t. p. Chorzy na oczy pod tym względem są szczęśliwsi, bo na porządku dziennym. Chwała Bogu, że projekt ten nie wyszedł przynajmniej z głowy jakiego lekarza. *Dr J. T.*

Jubileusz prof. A. Chodina, z powodu jego 30letniej działalności naukowej, obchodzono dnia 6/19 marca w klinice oftalmicznej w Kijowie. Jubilat otrzymał mnóstwo depesz z życzeniami od zakładów, kolegów i licznych swoich uczni, a kijowski uniwersytet zaszczycił go dyplomem honorowego członka. Profesorowie i b. studenci zebrali około 2.200 r. s. na założenie łóżka imienia dyrektora kliniki

chorób ocznych, któremu i my przesyłamy życzenia zdrowia, by jeszcze długo mógł być pożytecznym dla nauki i cierpiących.

Dr J. T.

Encyklopedya okulistyczna wychodzi staraniem Dra prof. O. Schwarza nakładem Vogla w Lipsku. Dotychczas pojawiły się cztery zeszyty, z których można powziąć wyobrażenie o wartości tego dzieła. Ukończone, odda ono niewątpliwie wielkie usługi każdemu okuliście, chcącemu się szybko poinformować w coraz więcej się gromadzącym materyale naukowo-praktycznym. Przedmioty są zwięźle i jasno omawiane.

Po ukończeniu dzieła, obliczonego na 14 zeszytów, powrócimy raz jeszcze do oceny tegoż. *W.*

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Dr J. Asayma, powróciwszy z podróży naukowej europejskiej, mianowany został profesorem okulistyki przy niedawno założonym uniwersytecie w Kioto.

Dr G. E. Schweinitz mianowany profesorem oftalmologii przy University of Pennsylvania we Filadelfii.

Habilitowali się: Dr Trombetta w Turynie, de Berardinis i Ceraso w Neapolu, zur Nedden w Bonn.

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W. F. Norris, profesor przy Pennsylvania-University we Filadelfii.